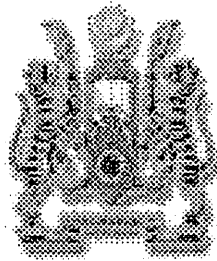


UNIVERSITI SAINS MALAYSIA



Pengetahuan Jururawat Berkaitan Kesakitan Dan Pengurusan Kesakitan Akut Pesakit Posoperatif

Disertasi dihantar untuk memenuhi sebahagian daripada syarat
penganugerahan Ijazah Sarjana Muda Sains (Kesihatan) dalam
Kejururawatan

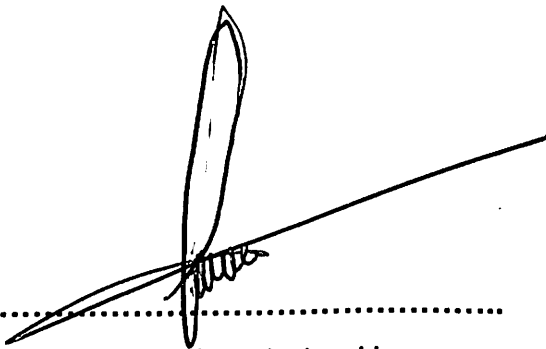
Rosemary Ping Ding

**Pusat Pengajian Sains Kesihatan
Universiti Sains Malaysia
16150 Kubang Kerian Kelantan
Malaysia**

2003

SURAT AKUAN

Dengan ini mengesahkan bahawa disertasi yang bertajuk
**“Pengetahuan Jururawat Berkaitan Kesakitan Dan Pengurusan
Kesakitan Akut Pesakit Posoperatif”** adalah rekod kerja penyelidikan
ikhlas yang telah dilakukan oleh Rosemary Ping Ding,
dalam tempoh masa dari Mac 2002 sehingga Mac 2003 di bawah
penyeliaan saya atau kami.



Dr. Shamsul Kamalrujan Hassan.

Pensyarah

Jabatan Anestesiologi

Pusat Pengajian Sains Perubatan

Universiti Sains Malaysia

Tarikh : 5/08/03



Puan Rogayah Abdul Rahim

Pensyarah

Pusat Pengajian Sains Kesihatan

Universiti Sains Malaysia

Tarikh : 5/08/03

PENGHARGAAN

Saya mengucapkan terima kasih kepada penyelia projek penyelidikan Dr. Shamsul Kamalrujan Hassan dari Jabatan Anestesiologi, Pusat Pengajian Sains Perubatan, Universiti Sains Malaysia di atas dorongan dan sokongan beliau sepanjang pelaksanaan projek. Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada penyelia bersama projek, Puan Rogayah Abdul Rahim dari Pusat Pengajian Sains Kesihatan, Universiti Sains Malaysia di atas dorongan dan bantuan beliau dalam mendidik dan membimbing saya sepanjang pelaksanaan projek ini. Tidak lupa juga ucapan terima kasih kepada Dr. Norsa'adah Bachok dari Jabatan Perubatan Masyarakat, Pusat Pengajian Sains Perubatan, Universiti Sains Malaysia di atas tunjuk ajar beliau dalam mambantu saya berhubung dengan penggunaan kaedah statistik dan analisa data. Saya juga ingin mengucapkan terima kasih kepada Puan Zarina Mohd Ali dari Unit Bahasa dan Penterjemahan, Pusat Pengajian Sains Perubatan, Universiti Sains Malaysia di atas kerjasama beliau yang telah sudi meluangkan masa dalam membantu saya menyemak penggunaan dan penterjemahan bahasa yang digunakan dalam borang kaji selidik. Akhir sekali, tidak lupa juga ucapan terima kasih saya kepada rakan-rakan yang telah banyak memberi pendapat, sokongan, bantuan dan selaku teman saya sepanjang projek penyelidikan ini dijalankan dari peringkat awal lagi sehinggalah ke akhir projek.

SENARAI ISI KANDUNGAN

PERKARA	MUKA SURAT
Abstrak	1-2
BAB 1	
Pengenalan	3-5
Latarbelakang dan justifikasi	5-7
BAB 2	
Semakan bacaan	
2.0. Pengurusan kesakitan	8-9
2.1. Pentafsiran kesakitan	9-12
2.2. Pengubatan kesakitan.	12-13
2.3. Jenis pembedahan	13-14
BAB 3	
Objektif umum	15
Objektif spesifik	15
Soalan penyelidikan	15
Definisi istilah yang digunakan dalam kajian	16-17
BAB 4	
Metodologi kajian	18-20
BAB 5	
Keputusan dan analisa data kajian	
5.0. Keputusan analisa data demografi	21-23
5.1. Keputusan analisa data pengetahuan jururawat dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif	24-37
BAB 6	
Perbincangan	38-47

BAB 7

Kesimpulan	48
Faedah kajian	48-49
Limitasi kajian	49-50
Cadangan-cadangan daripada keputusan kajian	50

BAB 8

Rujukan	51-55
---------	-------

APENDIKS

Borang keizinan	56
Borang kaji selidik	57-63

SENARAI JADUAL

PERKARA	MUKA SURAT
Deskriptif demografi jururawat Jadual 1.0.	23
Taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan berkaitan ciri-ciri kesakitan. Jadual 1.1.	25
Jadual 1.2.	26
Taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan berkaitan fisiologi kesakitan Jadual 1.3.	28
Taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan berkaitan pentafsiran kesakitan Jadual 1.4.	28
Jadual 1.5.	30
Taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan berkaitan pengurusan kesakitan Jadual 1.6.	31
Jadual 1.7.	32
Jadual 1.8.	33
Taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan berkaitan pengubatan kesakitan Jadual 1.9.	35
Perbezaan purata antara ciri demografi dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif Jadual 1.10.	37

ABSTRAK

Tujuan kajian

Kajian bertujuan untuk menghuraikan pengetahuan jururawat dan meninjau pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif di unit-unit surgery.

Metodologi kajian

Kajian deskriptif digunakan untuk meninjau pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif melalui penggunaan borang kaji selidik yang telah diubahsuai dari Henkel, (2000). Semua data dikumpulkan dan dikelaskan kepada lima kategori utama iaitu pengetahuan berkaitan ciri-ciri kesakitan, fisiologi kesakitan, pentafsiran kesakitan, pengurusan kesakitan dan pengubatan kesakitan. Seramai 68 sampel jururawat dari unit-unit surgery telah menyertai kajian ini.

Keputusan kajian

Majoriti jururawat 94%, melaporkan kesakitan adalah sekumpulan tanda atau simptom yang boleh dikesan oleh jururawat. Selain itu, sebanyak 88% melaporkan rawatan sakit bergantung kepada jenis pembedahan dengan 47% menyatakan bahawa jenis prosedur pembedahan torasik menyebabkan kesakitan pesakit pada tahap sederhana sehingga tahap teruk dan 52% bersetuju bahawa kesakitan posoperatif adalah contoh kesakitan akut. Sebanyak 19% menyatakan masalah iskemia tisu merupakan perubahan fisiologi kesakitan. Namun begitu, 69% mampu mengetahui perkaitan masalah-masalah lain yang terlibat dalam kesakitan tidak terkawal. Selain itu, majoriti 50% melaporkan kadar sebenar kesakitan harus dinilai melalui aduan pesakit dan bukannya melalui penilaian jururawat serta 56% melaporkan pesakit tidak harus digalakkan menunggu sehingga kesakitan mereka

melebihi tahap sederhana sebelum diberi pengobatan analgesik. Walau bagaimanapun dalam pengurusan kesakitan, hanya 32% sahaja yang melaporkan bahawa pesakit akan mula berasa lega dalam masa antara 15-45 minit selepas pesakit diberi suntikan 10 mg *Morfin* secara intramuskular dan 28% memberi skor 5-6 pada skala kesakitan (kategori sakit peringkat teruk) sebagai pengurusan kesakitan yang dianggap paling efektif bagi seseorang pesakit. Namun begitu, majoriti 27% mengetahui bahawa *Naloxone* atau *Narcan* adalah rawatan prioriti dalam rawatan depresi respiratori. Dari aspek pengobatan kesakitan pula, majoriti 59% mengetahui "Nonsteroidal anti-inflammatory drugs" (*NSAID*) bertindak mengganggu pembentukan prostaglandin, 72% mengetahui *Ibuprofen* adalah salah satu contoh pengobatan *NSAID*, 68% mengetahui depresi respiratori adalah kesan sampingan analgesik *Opioid* dan 62% mengetahui bahawa *Fentanyl* adalah analgesik narkotik. Namun begitu, terdapat beberapa aspek pengetahuan dan pengurusan kesakitan yang telah dikenalpasti dalam kajian untuk diberi penekanan lanjut.

Kesimpulan

Keputusan penyelidikan ini menunjukkan terdapat kepelbagaian dalam pengetahuan dan pengurusan kesakitan yang membawa kepada ketidakseragaman rawatan serta mempengaruhi implikasi dalam perkembangan kualiti praktis pengurusan dan pendidikan berkaitan kesakitan. Justeru itu, cadangan untuk menggalakkan penyertaan jururawat dalam program pendidikan, latihan, seminar, kursus, bengkel dan seumpamanya amatlah penting untuk meningkatkan pengetahuan berkaitan kesakitan dan amalan pengurusan dalam meningkatkan kualiti perawatan pesakit.

BAB 1

PENGENALAN

Fenomena sakit masih menjadi suatu isu dan perdebatan dalam bidang perubatan dan kesihatan sehingga wujudnya pelbagai kajian penyelidikan dalam bidang kesakitan tentang mengetahui dan menyelidiki dengan lebih lanjut bagaimana sakit mampu membawa pengaruh yang besar dalam rawatan pesakit. Ini turut diakui oleh (Hall, 2000) menyatakan bahawa pengurusan kesakitan dalam perkhidmatan kesihatan masih lagi kurang dan menurut (Brownfield, 2001) 40-50% pesakit posoperatif dilaporkan menerima kurang rawatan sakit. "World Health Organization" (WHO) melaporkan bahawa terdapat 3 juta pesakit di seluruh dunia menderita kesakitan yang boleh dirawat (Stratton, 1999). Satu kajian membuktikan kebenaran ini melalui satu tinjauan yang dijalankan di Hospital Universiti Kuala Lumpur dan mendapati bahawa 37.7% pesakit memberi skor 6 dan ke atas pada skala kesakitan dan 32.7% pesakit lain tidak berpuas hati dengan kualiti rawatan sakit yang diterima (Vijayan et al, 1994). Daripada kajian-kajian yang telah dilakukan, ternyata pengurusan kesakitan dalam sistem perkhidmatan kesihatan masih kurang dan secara tidak langsung menunjukkan peranan ahli-ahli kumpulan kesihatan secara keseluruhannya masih gagal dalam memenuhi tahap kualiti rawatan yang sepenuhnya. Pengetahuan dan pengurusan kesakitan boleh melibatkan hampir kesemua ahli kumpulan kesihatan. Namun begitu, jika dilihat dalam skop yang lebih kecil, peranan kumpulan jururawat juga sama penting sebagai salah satu daripada ahli kumpulan kesihatan lain untuk memberi jagaan rawatan. Kedudukan jururawat yang sentiasa berada di wad dalam melakukan tugas-tugas pemberian jagaan rawatan secara tidak langsung

memudahkan kumpulan ini lebih mengenali pesakit dan lebih mengetahui tentang perkembangan pesakit di wad. Apabila keadaan ini berlaku, maka setiap perubahan atau perkembangan pada diri pesakit harus diberi perhatian dalam menjamin kualiti perawatan yang diberikan termasuklah pengurusan dalam rawatan kesakitan. Namun begitu, hasil kajian tetap menimbulkan pelbagai persoalan dan pertikaian dalam kualiti jagaan rawatan terutamanya kesakitan. Justeru itu, kumpulan jururawat telah dipilih sebagai kumpulan sasaran untuk menyelidiki kebenaran ini.

Terdapat pelbagai aspek yang mampu mempengaruhi pengurusan kesakitan yang tidak efektif dan salah satu penyebab kemungkinan adalah disebabkan oleh kekurangan pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif yang secara tidak langsung membawa kepada kaedah pentafsiran yang pelbagai dalam pengurusan kesakitan dan ketidakseragaman dalam amalan praktis di wad. Maka dengan itu, kajian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan pengurusan dalam memberi jagaan rawatan pesakit.

Penglibatan jururawat perlu diberi perhatian terutamanya di kawasan surgeri kerana menurut (Coll et al, 1999) pengurusan kesakitan yang dipraktikkan amatlah kurang. Justeru itu, selaras dengan kenyataan tersebut kajian ini dijalankan di unit-unit surgeri yang mana sebahagian besar jururawatnya akan berdepan dengan situasi atau fenomena sakit iaitu kesakitan akut pesakit posoperatif.

Memandangkan jururawat memainkan peranan yang besar dalam jagaan kesihatan keseluruhannya, maka amatlah penting sekiranya

keputusan kajian ini mampu menyumbang ke arah meningkatkan kualiti jagaan rawatan khususnya dalam rawatan sakit di kalangan jururawat.

Latarbelakang dan justifikasi

Fenomena sakit merupakan situasi yang jelas kelihatan dan simptom posoperatif yang kerap dialami selepas pembedahan (Coll et al, 1999). Tidak kira dari pembedahan minor sehinggalah kepada pembedahan major, pengurusan kesakitan adalah perkara paling mustahak dalam memberi jagaan rawatan yang efektif.

Walaupun bagaimanapun, pengurusan kesakitan yang efektif sukar dicapai dan pesakit biasanya memberi aduan kesakitan pada tahap sederhana sehinggalah tahap teruk (Lloyd et al, 1994; Cohen, 1980) dengan intensiti sakit yang dicatatkan pada skor 6 dan ke atas pada skala sakit (Vijayan et al, 1994). Pentafsiran kesakitan tidak dilakukan secara rutin sebagai satu kaedah pentafsiran kecuali pesakit mempunyai sistem "patient control analgesia" (PCA) (Taylor, 1997). Paling teruk, ia mampu berlarutan sehingga hari ketujuh posoperatif (Coll et al, 1999). Selain itu, pengurusan dalam pengubatan analgesia juga kurang memuaskan yang mana tempoh dos dan pemberian dos yang tidak sesuai dan preskripsi ubat secara "as needed" (PRN) tidak memenuhi tempoh masa pemberian dos dan pesakit biasanya tidak menerima analgesia dalam masa 24 jam posoperatif (Wan Asim et al, 1996). Justeru itu, kaedah pemberian analgesik secara PRN melalui intramuskular perlu diberi penekanan kerana ia merupakan kaedah paling lazim digunakan (Rawal, 1994) dan cara pemberian paling biasa dilakukan mahupun di kalangan dewasa (95.5%) atau kanak-kanak (88%) di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM) (Rus-Anida et al, 1998).

Selain itu, kesakitan posoperatif tidak terkawal juga dikaitkan dengan peningkatan morbiditi (Puls-McColl et al, 2001; Jurf et al, 1993), atelektasis, kurang mobiliti, kurang selera makan dan gangguan tidur (Rawal, 1994; Lloyd et al, 1994; Jurf et al, 1993) yang mampu menyebabkan pesakit berisiko mengalami jangka masa hospitalisasi yang lebih panjang daripada sepatutnya, kos perkhidmatan yang meningkat dan kelambatan proses penyembuhan (Phillips, 2000; Starck et al, 2000).

Pelbagai intervensi pengurusan kesakitan telah dilakukan baik semasa hospitalisasi di wad mahupun dalam usaha untuk mencegah komplikasi. Namun begitu, pengurusan kesakitan masih kurang berkesan. Justeru itu, penekanan pendidikan dan pengetahuan dalam usaha untuk meningkatkan kualiti rawatan sakit amatlah penting. Pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan perlulah selaras kerana tanpa pengetahuan yang cukup, intervensi pengurusan tidak akan efektif. Dalam menilai pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan, maka kumpulan jururawat telah dijadikan sasaran utama dalam kajian kerana golongan ini merupakan salah satu kumpulan kesihatan penting dalam pemberian rawatan sakit (Starck et al, 2000; Field, 1996; Jurf et al, 1993). Namun begitu, amalan pengurusan khususnya pentafsiran kesakitan di kalangan jururawat masih kurang (Puls-McColl et al, 2001) yang boleh dikaitkan dengan defisit pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan (Coll et al, 1999). Secara tidak langsung ini telah menimbulkan pelbagai kaedah sehingga wujudnya kepelbagaian dalam intervensi dan ketidakseragaman rawatan (Coyne et al, 1999).

Di unit-unit surgeri HUSM, pengurusan kesakitan yang merangkumi amalan pentafsiran dan pemberian pengubatan analgesia kepada pesakit di kalangan jururawatnya adalah pelbagai. Kemungkinan besar amalan ini mampu menyumbang kepada rawatan sakit yang kurang berkesan. Menurut Puls-McColl et al, (2001) keputusan ujian analisis varians "univariate analysis of variance" (ANOVA) yang digunakan oleh beliau menunjukkan pengetahuan dan pengurusan kesakitan tidak mudah dipengaruhi oleh pengalaman kerja dan tahap pendidikan jururawat. Pengurusan kesakitan dilakukan atas dasar budi bicara individu yang juga turut dipengaruhi oleh jenis pembedahan, gender, budaya, persepsi dan tingkah laku pesakit mahupun jururawat itu sendiri.

Justeru itu, penilaian pengetahuan berkaitan kesakitan adalah perlu untuk mengenalpasti apakah pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif. Kemungkinan cadangan untuk mempertingkatkan pendidikan dalam memperbaiki pengetahuan perlulah ditekankan dalam memastikan rawatan sakit boleh dilaksanakan dengan lebih berkesan.

BAB 2

SEMAKAN BACAAN

Pengurusan kesakitan

Kesakitan merupakan suatu fenomena yang universal (Coyne et al, 1999), pengalaman multidimensi yang melibatkan komponen-komponen seperti sensori, emosi, kognitif, tingkahlaku, budaya (Field, 1996), warisan sosio-ekonomi dan bahasa (Rose, 1981) serta wujud pada semua peringkat umur yang sering mengundang kontroversi kerana sifatnya yang simptomatik dianggap sebagai satu masalah yang melibatkan ramai disiplin dalam perubatan dan falsafah (Rose, 1981). Ia adalah satu pengalaman yang subjektif (Lloyd et al, 1994; Cohen, 1980) dengan hanya pesakit sahaja yang mengetahui seteruk mana tahap kesakitan yang dialami (Lloyd et al, 1994) malah merupakan satu keadaan sakit yang paling jelas kelihatan dan simptom posoperatif tidak upaya yang dialami oleh pesakit selepas pembedahan dan jika ianya tidak dikawal dengan berkesan pada waktu discaj, ia boleh berlarutan sehingga hari kelima dan hari ketujuh posoperatif (Coll et al, 1999). Kajian telah dilakukan untuk membuktikan kebenaran ini melalui ujian sterilisasi laparoskopik "laparoscopic sterilisation", yang melibatkan 40 wanita dan didapati 65% telah mengalami kesakitan yang amat sangat pada hari ketiga posoperatif dan 30% daripadanya terus mengalami kesakitan pada hari ketujuh posoperatif (Coll et al, 1999). Manakala menurut Coyne et al, (1999) kurang daripada 50% melaporkan menerima pengurusan kesakitan yang tidak memuaskan sepanjang tempoh masa posoperatif dan sekurang-kurangnya 40% tidak menerima pengurusan kesakitan yang cukup (Jurf et al, 1993). Selain itu, terdapat juga sumber lain yang menyatakan bahawa pengurusan kesakitan yang kurang berkesan

juga kemungkinan besar berlaku dan melibatkan pengurusan di unit-unit operasi dan di rumah (Stratton, 1999). Aduan kesakitan biasanya dilaporkan dalam masa 24-48 jam yang pertama posoperatif. Kenyataan ini diperakui oleh Juhl et al, (1993) yang mana kajian beliau telah melaporkan bahawa 93% daripada 191 pesakit mengalami kesakitan posoperatif dan 80% lagi melaporkan kesakitan yang amat sangat pada hari pertama posoperatif. Selain itu, beliau juga melaporkan sebanyak 5% mengalami kesakitan teruk. Menurut kajian lain yang dijalankan oleh Cohen, (1980) yang melibatkan 109 pesakit dan 121 jururawat di 5 buah pusat hospital Illinois "Central Illinois hospitals" melaporkan bahawa sebanyak 75% telah menderita kesakitan tahap sederhana.

Salah satu kumpulan profesional kesihatan yang memainkan peranan utama dalam perkhidmatan kesihatan adalah jururawat. Jurf et al, (1993) menyatakan bahawa kumpulan profesional kesihatan, terutamanya jururawat mempunyai tanggungjawab utama dalam menyediakan rawatan kesakitan yang efektif. Namun begitu, memandangkan keputusan kajian-kajian terlibat menunjukkan peratusan yang agak tinggi, ia jelas menyatakan bahawa pengurusan kesakitan secara keseluruhan masih kurang dalam perkhidmatan kesihatan.

Pentafsiran kesakitan

Jururawat bertanggungjawab dalam pentafsiran, rawatan, dokumentasi dan menilai tahap kesakitan pesakit (Stratton, 1999) dan perlu mampu mentafsir kesakitan pesakit serta menilai keberkesanan ukuran rawatan kesakitan yang pelbagai (Field, 1996) sehingga ianya merupakan satu kemestian yang perlu dilaksanakan oleh "Advanced Practice Nurses"

(APN) yang sememangnya terlibat sebagai pemberi rawatan utama dalam pentafsiran dan pengurusan kesakitan dengan lebih berkesan (Starck et al, 2000). Namun begitu, walaupun peranan utama jururawat adalah melakukan pentafsiran kesakitan (Field, 1996), amalan pentafsiran di kalangan jururawat masih kurang. Kenyataan ini turut disokong oleh Puls-McColl et al, (2001) yang mana beliau ada menyatakan bahawa walaupun pentafsiran kesakitan merupakan asas dalam intervensi dan penting dalam pengurusan kesakitan yang afektif, tetapi ianya masih tidak cukup. Justeru itu, satu penekanan perlulah diberi perhatian di sini kerana masih terdapat jururawat yang gagal dalam mengenalpasti masalah-masalah dalam pengurusan kesakitan. Ia kemungkinan besar menunjukkan jururawat masih kekurangan dalam aspek pengetahuan yang secara tidak langsung mempengaruhi pengurusan kesakitan yang berkesan (Coll et al, 1999).

Pentafsiran kesakitan perlu merangkumi intensiti, lokasi dan ciri-ciri kesakitan serta gangguan aktiviti berhubung dengan kesakitan (Starck et al, 2000). Namun begitu terdapat pelbagai aspek yang turut mempengaruhi pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dalam pengurusan yang menyebabkan pelbagai kaedah pentafsiran sehingga wujudnya kepelbagaian rawatan. Kepelbagaian dalam rawatan telah melibatkan pengurusan dari segi jumlah dos pemberian analgesia, tingkah laku tak verbal pesakit, aduan pesakit dan tanda-tanda fisiologi yang menjadi ukuran klinikal kesakitan. Ia bergantung kepada kemampuan pesakit dan jururawat dalam komunikasi secara berkesan tentang pengalaman sakit yang dialami (Starck et al, 2000). Selain itu, ia juga berdasarkan kepada kebolehan jururawat dalam mengenalpasti tingkah laku kesakitan yang betul dan dari

situ akan melakukan pentafsiran yang tepat tentang kesakitan pesakit. Walau bagaimanapun, kajian menunjukkan pentafsiran yang dilakukan sering tidak jelas (Starck et al, 2000). Penggunaan kaedah pentafsiran yang tidak seragam juga turut menyumbang kepada penggunaan kaedah yang pelbagai (Field, 1996a,b). Malah kenyataan ini turut disokong oleh tinjauan Coyne et al, (1999) dan melaporkan bahawa terdapat variasi dalam implementasi pentafsiran kesakitan di kalangan jururawat di dalam dan di antara shif serta penggunaan kaedah pentafsiran yang berlainan terhadap pesakit yang sama. Selain itu, jururawat terus memberikan pengkadaran kesakitan yang kurang berbanding dengan aduan pesakit dan menganggar pesakit posoperatif mengalami kadar keterukan kesakitan yang kurang (Field, 1996) yang boleh membawa kepada amalan kurang mentafsir kesakitan pesakit (Halfens et al, 1990).

Menurut Juhl et al, (1993) pentafsiran kesakitan menggunakan satu skala ringkas (1-10) dan unidimensi seperti "Visual Analogue Scale atau Verbal Rating Scale" adalah perlu dan penggunaannya yang kerap boleh meningkatkan kawalan sakit ke tahap optimum (Carpenter, 1997) yang secara tidak langsung memberi kelebihan kepada jururawat yang mana mereka akan lebih peka terhadap keadaan kesakitan pesakit (Field, 1996). Ini diperakui oleh (Scott, 1992) yang melaporkan bahawa daripada 52 jururawat, 33% menunjukkan skala jenis numerik adalah kaedah paling sesuai dalam mentafsir kesakitan posoperatif akut. Namun begitu penggunaannya adalah kurang dan tidak diamalkan yang secara tidak langsung membawa kepada rawatan sakit yang kurang berkesan.

Justeru itu, implementasi praktis-praktis pentafsiran kesakitan baru adalah perlu (Stratton, 1999) yang merangkumi perubahan dalam meletakkannya sebagai isu hak-hak pesakit, isu pendidikan dan latihan, menekankan aspek-aspek kuantitatif kesakitan dengan menggunakan skala 10 markah, pentafsiran yang bersistematik dan menekankan pengurusan yang selamat (Phillips, 2000).

Pengubatan kesakitan

Pengurusan kesakitan yang kurang berkesan juga turut dipengaruhi oleh rawatan kesakitan dari segi pengubatan yang tidak efektif dan terdapat kajian yang telah membuktikan kebenaran ini. Salah satu faktor penyebab adalah status praktis pengurusan kesakitan dalam jangka masa 48 jam posoperatif yang menunjukkan bahawa tempoh dos dan pemberian dos lazimnya tidak sesuai di mana pengubatan yang diberi preskripsi "as needed" (PRN) menyumbang sebanyak 40% tidak memenuhi tempoh masa pemberian dos dan didapati 22.5% pesakit tidak menerima analgesik yang dipreskripsi dalam masa 24 jam posoperatif (Wan Asim et al, 1996). Selain itu, pemberian dos yang tidak mencukupi yang turut didorong oleh rasa kebimbangan terhadap pesakit yang akan mengalami ketagihan ubat turut mempengaruhi rawatan kesakitan dari aspek pengurusan pengubatan yang berkesan. Maka tidak dinafikan kemungkinan keadaan ini juga telah mendorong kepada kenyataan yang dilaporkan dalam kajian Vijayan et al, (1994) yang melaporkan bahawa sebanyak 37.7% pesakit menderita kesakitan pada tahap sederhana atau tahap teruk selepas pembedahan. Tambahan pula dengan pengetahuan berkaitan pengubatan yang tidak cukup, jururawat mengandaikan bahawa rawatan penuh kesakitan

“complete pain relief” selepas pembedahan tidak seharusnya menjadi matlamat utama jururawat (Cohen, 1980). Walaupun risiko ketagihan adalah kurang daripada 1% di kalangan pesakit di unit operasi (Field, 1996) jururawat masih membuat anggaran berlebihan “overestimate” risiko ketagihan narkotik daripada analgesia narkotik (Field, 1996) dan mereka cenderung untuk menahan pemberian analgesia. Ini kerana pemberian analgesia dilaksanakan dengan tidak berpandukan kepada pentafsiran kesakitan yang direkod (Lloyd et al, 1994) dan amalan pentafsiran. Justeru itu, pengetahuan dalam pengubatan perlulah dipertingkatkan (Puls-McColl et al, 2001).

Jenis pembedahan

Selain itu, pentafsiran kesakitan turut dipengaruhi oleh jenis pembedahan pesakit yang mengesahkan tahap kesakitan tertentu terutamanya jika kesakitan tidak ditafsirkan atas dasar individu (Field, 1996). Dari aspek gender pula, kajian menunjukkan keputusan yang tidak ketara dan kesannya ke atas persepsi jururawat terhadap kesakitan (Field, 1996) dan jantina (Juhl et al, 1993) juga tidak jelas dalam mempengaruhi tahap kesakitan selepas pembedahan. Walau bagaimanapun, ianya tidak seharusnya menjadi ukuran dalam mengukur tahap kesakitan pesakit kerana setiap individu adalah unik dan pengalaman kesakitan adalah berbeza antara individu yang turut dipengaruhi oleh budaya individu itu sendiri. Budaya pesakit adalah penting (Lloyd et al, 1994). Walau bagaimana pun terdapat sekumpulan individu yang berisiko menerima kurang rawatan sakit yang perlu diberi perhatian. Mereka terdiri daripada

etnik-etnik minoriti, golongan warga tua (Starck et al, 2000) dan golongan wanita (Starck et al, 2000; Jurf et al, 1993).

Kesakitan biasanya akan menurun dan berkurangan pada hari keempat selepas pembedahan (Field, 1996). Ini mampu mewujudkan persepsi bahawa kesakitan yang teruk hanya berlaku pada hari pertama posoperatif sahaja yang kemungkinan menyebabkan rawatan sakit juga perlu dikurangkan selaras dengan keadaan sakit yang beransur-ansur kurang tetapi bagaimana jika ianya tidak beransur kurang sebaliknya semakin teruk? Kemungkinan komplikasi telah berlaku?

Justeru itu secara keseluruhan, pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan amat penting dalam mewujudkan amalan praktis yang efektif terutamanya di kalangan jururawat. Beberapa aspek dalam pengetahuan dan pengurusan kesakitan perlulah dititikberatkan dalam meningkatkan kualiti perawatan pada masa depan demi kebaikan pesakit. Maka dengan itu, keputusan kajian ini mampu memberi laluan dalam mengenalpasti kelemahan-kelemahan dan defisit pengetahuan yang perlu dipertingkatkan serta cadangan-cadangan lain dalam memperbaiki amalan perawatan pengurusan kesakitan di kalangan jururawat.

BAB 3

OBJEKTIF KAJIAN

Objektif umum

Kajian dilakukan untuk mengkaji secara deskriptif tentang pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif serta mengkaji perbezaan purata di antara ciri demografi jururawat dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan di unit operasi.

Objektif spesifik

1. Menghuraikan pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan akut pesakit posoperatif.
2. Meninjau pengurusan kesakitan di kalangan jururawat terhadap kesakitan akut pesakit posoperatif.
3. Mengkaji jika terdapat perbezaan purata di antara ciri demografi umur, tahap pendidikan, pengalaman kerja dan penyertaan jururawat dalam pembelajaran berkaitan kesakitan dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif.

Soalan penyelidikan

1. Apakah pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan akut pesakit posoperatif ?
2. Apakah pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif ?
3. Adakah terdapat perbezaan purata di antara ciri demografi yang dikaji dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif ?

Definisi istilah yang digunakan dalam kajian

Kesakitan

Apa yang dimaksudkan dengan kesakitan dalam kajian ini ialah satu ciri atau sifat sakit yang sukar digambarkan atau dinilai oleh orang lain melainkan individu yang mengalami rasa sakit terlibat. Kadar keterukan sakit yang dialami bergantung kepada mekanisme pertahanan "coping mechanism" setiap individu berkaitan dengan kerosakan tisu-tisu atau otot-otot disebabkan kesan pembedahan. Sifat atau ciri sakit terlibat melarat sehingga boleh mengganggu komponen lain dalam kehidupan individu seperti emosi, sensori, kognitif, tingkah laku, persepsi sakit, kepercayaan dan seumpamanya. Apa yang dinyatakan oleh (McCaffery 1979 dipetik dari Coll et al, 1999) kesakitan bermaksud "...whatever the experiencing person says it is and exists whenever they say it does" atau merupakan satu pengalaman ketidakselesaan sensori dan emosi berkaitan dengan kerosakan tisu aktual atau potensi, atau digambarkan dalam istilah kerosakan tersebut (Merskey, 1986 dipetik dari Jurf et al, 1993).

Kesakitan akut posoperatif

Kesakitan akut posoperatif yang dimaksudkan dalam kajian ini ialah satu sifat sakit yang dirasakan secara mendadak dan amat teruk disebabkan oleh kesan insisi pembedahan akibat luka atau cedera pada tisu-tisu dan otot-otot atau jenis kesakitan yang disebabkan oleh prosedur pembedahan itu sendiri. Menurut McCaffery et al, 1989; DuBe et al, 1992; American Pain Society, 1987 dipetik dari Jurf et al, (1993) pula, kesakitan akut berlaku dalam jangka masa pendek, berpanjangan kurang daripada 6 bulan dalam kebanyakan kes atau sejenis kesakitan linear yang bermula dengan satu

permulaan dan berakhir dengan satu penamatan yang biasanya berkaitan dengan kecederaan terhadap tubuh badan serta beransur reda sementara proses penyembuhan berlaku.

Pengurusan kesakitan

Pengurusan kesakitan yang dimaksudkan dalam kajian ini merujuk kepada sebarang tindakan atau kaedah atau cara atau rawatan yang digunakan dalam merawat kesakitan kepada tahap yang optima. Menurut (Herr et al, 1992 dipetik dari Kozier et al, 1995 p.994) pengurusan kesakitan adalah satu bentuk pengurangan sakit atau reduksi sakit kepada satu tahap penyelesaian yang boleh diterima oleh pesakit.

BAB 4

METODOLOGI KAJIAN

Corak kajian

Kajian bercorak deskriptif dalam menghuraikan pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan meninjau pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif serta mengkaji perbezaan purata di antara ciri demografi jururawat dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan di unit-unit surgery. Setiap data yang dikumpul dikelaskan dalam mengkaji soalan penyelidikan berikut :

1. Apakah pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan akut pesakit posoperatif ?
2. Apakah pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif ?
3. Adakah terdapat perbezaan purata di antara ciri demografi yang dikaji dengan pengetahuan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif ?

Lokasi kajian

Lokasi kajian yang telah dipilih untuk menjalankan kajian penyelidikan ini melibatkan wad-wad surgery yang terpilih di Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM). Wad-wad tersebut merangkumi Wad Surgery Obstetrik dan Ginekologi (1 Utara), Wad Surgery Posnatal (2 Topaz), Wad Surgery Oftalmologi (2 Utara), Wad Surgery Am Perempuan (3 Utara), Wad Surgery Otorinolaringologi "ENT" (4 Timur), Wad Surgery Am Lelaki (2 Intan) dan Wad Surgery Ortopedik jenis akut (2 Zamrud). Wad-wad tersebut dipilih kerana pesakit yang telah menjalani sebarang prosedur pembedahan akan dimasukkan ke wad-wad ini kecuali kes-kes pembedahan pesakit di unit kritikal, unit kardiak, kes ortopedik stabil dan kronik (4 Utara dan 4 Selatan)

serta kes-kes kronik (onkologi). Justeru itu, Unit Rawatan Neuro Sains (2 Delima), Unit Rawatan Rapi / ICU (1 Mutiara), Unit Rawatan Kardiak / CCU (1 Fairuz), Wad Surgeri Kardiorasik (Kristal 1 & Kristal 2), Wad Surgeri Ortopedik (4 Utara dan 4 Selatan) dan Wad Onkologi (3 Selatan) tidak akan dimasukkan ke dalam kawasan kajian.

Populasi dan sampel kajian

Populasi sasaran kajian merangkumi kesemua jururawat dan ketua jururawat yang bertugas di kesemua wad yang terlibat. Subjek dipilih menggunakan kaedah "total population sampling" yang melibatkan kesemua jururawat yang bertugas di wad seperti yang telah dinyatakan di lokasi kajian. Kriteria terpilih merangkumi semua jururawat berdaftar dan ketua jururawat manakala untuk kriteria terkecuali merangkumi Wad 2 Delima, ICU, CCU, Kristal 1 & Kristal 2, 4 Utara, 4 Selatan dan 3 Selatan.

Aspek etika kajian

Kajian penyelidikan ini mendapat kelulusan daripada Pengarah Hospital USM dan Jawatankuasa Etika Universiti Sains Malaysia dalam mendapatkan kebenaran menjalankan kajian di wad terlibat. Kebenaran daripada pengurus wad, ketua jururawat dan jururawat juga telah diperolehi melalui borang keizinan. Setiap maklumat yang diperolehi adalah sulit dan hanya digunakan untuk tujuan akademik.

Pengumpulan data

Borang kaji selidik diedarkan kepada semua sampel di wad dan sebanyak 68 borang telah dikembalikan. Borang kaji selidik dibahagikan kepada dua bahagian utama iaitu bahagian pertama berkaitan data demografi jururawat dan bahagian kedua berkaitan kaji selidik pengetahuan berkaitan

kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif. Maklumat-maklumat daripada bahagian kedua dikelaskan kepada lima kategori utama iaitu pengetahuan tentang ciri-ciri kesakitan, fisiologi kesakitan, pentafsiran kesakitan, pengurusan kesakitan dan pengubatan kesakitan.

Analisa data

Kesemua data dikumpulkan dan dianalisa menggunakan sistem "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) versi 10 melalui kaedah analisa deskriptif dan jadual frekuensi dalam mengenalpasti taburan frekuensi dan peratusan skor pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif. Kaedah statistik inferensi melalui ujian Chi-Square atau ujian Fisher's Exact digunakan untuk mengkaji perbezaan purata di antara ciri demografi umur, tahap pendidikan, pengalaman kerja dan penyertaan jururawat dalam pembelajaran berkaitan kesakitan dengan setiap kategori (lima kategori utama) pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif.

BAB 5

KEPUTUSAN DAN ANALISA DATA KAJIAN

Keputusan analisa data demografi

Data yang diperolehi daripada demografi dan kaji selidik dianalisa menggunakan kaedah deskriptif. Ciri-ciri demografi merangkumi umur, tahap pendidikan beserta lain-lain kelayakan, pengalaman bekerja dalam bidang kejururawatan, bangsa dan penyertaan dalam sesi atau aktiviti pembelajaran berkaitan dengan kesakitan telah disusun untuk menunjukkan peratusan dan frekuensi. Selain itu, jumlah peratusan dan frekuensi dalam setiap kategori utama pengetahuan berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif juga ditunjukkan.

Jumlah keseluruhan sampel ialah 68 orang ($n = 68$) dan kesemua jururawat yang terlibat adalah wanita. Majoriti 57.3% berumur di antara 21-30 tahun yang merangkumi 29.4% adalah di antara umur 21-25 tahun, dan 27.9% lagi adalah di antara umur 26-30 tahun. Namun begitu, 16.2% adalah dalam lingkungan umur antara 36-40 tahun dan 14.7% adalah dalam lingkungan umur antara 41-45 tahun. Selain itu, didapati 8.8% berumur dalam lingkungan umur antara 31-35 tahun, dan 2.9% berumur dalam lingkungan umur antara 46-50 tahun. Secara keseluruhannya, purata umur adalah 31 tahun.

Pendidikan kejururawatan merupakan satu-satunya pendidikan formal. Daripada kajian, didapati 33.8% adalah lulusan sijil kejururawatan dan 66.2% adalah lulusan diploma. Walau bagaimanapun terdapat sebilangan kecil jururawat yang mempunyai kelulusan lanjutan lain selain daripada pendidikan formal yang diperolehi iaitu sijil perbidanan dan pos-basik hematologi, sijil lanjutan perawatan jagaan kritikal, sijil perawatan oftalmik dan sijil perawatan

pos-basik ortopedik yang menyumbang sebanyak 8.8% daripada jumlah keseluruhan 100%.

Apabila dikaji tentang pengalaman kerja jururawat, majoriti jururawat mempunyai pengalaman kerja kurang daripada 5 tahun, 48.5% dan hanya 5.9% sahaja yang mempunyai pengalaman dalam lingkungan 21-25 tahun iaitu jumlah peratusan terendah daripada jumlah keseluruhan. Secara keseluruhan, purata tahun pengalaman bekerja dalam bidang kejururawatan ialah 8 tahun. Majoriti jururawat yang bekerja adalah berbangsa melayu iaitu 94.1%, bangsa cina, 2.9% dan bangsa lain-lain, 3.0%. Didapati peratusan jururawat yang berbangsa melayu adalah lebih tinggi berbanding dengan peratusan bangsa lain kerana kadar populasi bangsa melayu di Kelantan adalah lebih tinggi.

Jika dinilai dari segi penyertaan jururawat dalam sebarang aktiviti pembelajaran berkaitan dengan kesakitan, keputusan peratusan yang didapati tidak menunjukkan perbezaan yang ketara di antara yang pernah menghadiri sekali atau lebih dengan yang tidak pernah menghadiri. Melalui kajian didapati 44.1% mendapat pendedahan manakala 55.9% lagi tidak mendapat sebarang pendedahan.

Ringkasan tentang deskriptif demografi jururawat ditunjukkan dalam jadual 1.0, muka surat 23.

Jadual 1.0
Deskriptif demografi jururawat

Ciri-ciri	n(%)
Kategori umur :	
21 – 25	20 (29.4)
26 – 30	19 (27.9)
31 – 35	6 (8.8)
36 – 40	11 (16.2)
41 – 45	10 (14.7)
46 – 50	2 (2.9)
Tahap pendidikan :	
Sijil kejururawatan	23 (33.8)
Diploma kejururawatan	45 (66.2)
Lain-lain kelayakan :	
Sijil perbidanan dan pos -basik hematologi	1 (1.5)
Sijil perawatan oftalmik	2 (2.9)
Sijil lanjutan perawatan jagaan kritikal	1 (1.5)
Sijil perawatan pos-basik ortopedik	2 (2.9)
Pengalaman bekerja dalam bidang kejururawatan :	
< 1 – 5	33 (48.5)
6 – 10	12 (17.6)
11 – 15	11 (16.2)
16 – 20	8 (11.8)
21 – 25	4 (5.9)
Bangsa :	
Melayu	64 (94.1)
Cina	2 (2.9)
Lain-lain	2 (2.9)
Penyertaan dalam aktiviti pembelajaran berkaitan dengan kesakitan :	
Ya	30 (44.1)
Tidak	38 (55.9)

Keputusan analisa data pengetahuan jururawat dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif

Keputusan analisa data tentang pengetahuan jururawat berkaitan kesakitan dan pengurusan kesakitan akut pesakit posoperatif telah dikelaskan kepada lima kategori utama iaitu pengetahuan berkaitan ciri-ciri kesakitan, fisiologi kesakitan, pentafsiran kesakitan, pengurusan kesakitan dan pengubatan kesakitan. Setiap keputusan telah dinilai dan dihuraikan mengikut setiap kategori tersebut.

Ciri-ciri kesakitan

Keputusan analisa data menunjukkan bahawa majoriti jururawat, 94% menyatakan bahawa kesakitan merupakan sekumpulan tanda atau simptom yang boleh dikesan oleh jururawat berbanding hanya 4% menyatakan kesakitan tidak boleh dikesan oleh jururawat dan hanya 2% tidak memberikan sebarang respon. Namun begitu, majoriti 88% bersetuju bahawa rawatan sakit yang diberikan kepada pesakit adalah bergantung kepada jenis pembedahan yang dialami berbanding hanya 10% lagi menyatakan tidak bersetuju. Manakala 2% tidak memberikan sebarang respon.

Soalan berikutnya yang digunakan dalam menilai ciri-ciri kesakitan di kalangan jururawat adalah berbentuk tertutup (close-ended) yang hanya membenarkan responden memilih satu jawapan yang dianggap terbaik daripada empat pilihan jawapan yang disediakan. Berdasarkan keputusan analisa data, didapati bahawa majoriti 47% menyatakan jenis prosedur pembedahan torasik akan menyebabkan tahap kesakitan pesakit berada pada tahap sederhana sehingga tahap teruk manakala 45% memberikan respon yang tidak tepat merangkumi tiga pilihan jawapan lain iaitu pembedahan ortopedik 32%, pembedahan maksilofasial 7%, pembedahan