

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS BPH

1. Pengertian

Benigne Prostat Hyperplasia (BPH) adalah suatu penyakit pembesaran atau hipertrofi dari prostat. Kata-kata hipertrofi seringkali menimbulkan kontroversi di kalangan klinik karena sering rindu dengan hiperplasia. Hipertrofi bermakna bahwa dari segi (kualitas) terjadi pembesaran sel, namun tidak diikuti oleh jumlah (kuantitas). Namun, hiperplasia merupakan pembesaran ukuran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas). BPH seringkali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urine karena pembesaran prostat yang cenderung kearah depan/ menekan vesika urinaria (Prabowo & Andi, 2014)

Hiperplasia noduler ditemukan pada sekitar 20% laki-laki dengan usia 40 tahun, meningkat 70% pada usia 60 tahun dan menjadi 90% pada usia 70 tahun. Pembesaran ini bukan merupakan kanker prostat, karena konsep BPH dan karsinoma prostat berbeda. Secara anatomis, sebenarnya kelenjar prostat merupakan kelenjar ejakulasi yang membantu menyemprotkan sperma dari saluran (ductus). Pada waktu melakukan ejakulasi, secara fisiologis prostat membesar untuk mencegah urine dari vesika urinaria melewati uretra. Namun,

pembesaran prostat yang terus menerus akan berdampak pada obstruksi saluran kencing (meatus urinarius internus) (Prabowo & Andi, 2014)

2. Etiologi

Penyebab yang pasti dari benigne prostat hyperplasia sampai sekarang belum diketahui secara pasti, namun ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya benigne prostat hyperplasia yaitu usia dan hormonal menjadi prediposisi terjadinya BPH. Beberapa hipotesis menyebutkan bahwa benigna prostat hiperplasia sangat erat kaitannya dengan:

a. Peningkatan Dihidrotestosteron (DHT)

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen akan menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

b. Ketidak seimbangan estroge–testoteron

Ketidak seimbangan ini terjadi karena proses degeneratif. Pada proses penuaan, pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan hormon testosteron. Hal ini memicu terjadinya hiperplasia stroma pada prostat.

c. Interaksi antar sel stroma dan sel epitel prostat

Peningkatan kadar epidermal gorwth factor atau fibroblas gorwth factor dan penurunan transforming gorwth factor beta menyebabkan hiperplasia stroma dan epitel, sehingga akan terjadi BPH.

d. Berkurangnya kematian sel

Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.

e. Teori stem sel

Sel stem yang meningkat akan mengakibatkan proliferasi sel transit dan memicu terjadinya BPH (Prabowo & Andi, 2014)

3. Manifestasi Klinis

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh Benigna Prostat Hyperplasia disebut sebagai Syndroma Prostatisme. Syndroma Prostatisme menurut (Astuti, 2020) dibagi menjadi dua yaitu :

a. Gejala Obstruktif yaitu :

- 1) Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karena otot destrussor bulibuli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.
- 2) Intermitency yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intravesika sampai berakhirnya miksi.
- 3) Terminal dribbling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
- 4) Pancaran lemah : kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.

5) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

b. Gejala Iritasi yaitu :

- a. Urgency yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
- b. Frekuensi yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (nocturia) dan pada siang hari.
- c. Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

4. Patofisiologi

Sejalan dengan penambahan umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (bladder), di dalam mempersulit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesika. Sebagai kompensasi terhadap tekanan prostatika, maka otot detrusor dan buli-buli berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus-menerus menyebabkan perubahan anatomi dari buli-buli berupa: hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selua, sekula dan difertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan klien sebagai keluhan pada saluran kencing bagian bawah atau Lower Urinary Symptom / LUTS.

Pada fase awal dari prostat hiperplasia, kompensasi oleh musculus destrusor berhasil dalam sempurna. Artinya pola dan kualitas dari miksi tidak berubah. Pada fase ini disebut sebagai Prostat Hiperplasia Kompensata. Lama kelamaan kemampuan kompensasi menjadi berkurang dan kualitas miksi berubah, kekuatan serta lamanya

kontraksi dari muskulus destrusor menjadi tidak adekuat sehingga tersisa urine di dalam buli-buli saat proses miksi berakhir seringkali prostat hyperplasia menambah kompensasi dengan meningkatkan tekanan intra abdominal 9 (mengejan) sehingga timbulnya hernia dan haemorhoid puncak dari kegagalan kompensasi adalah tidak berhasilnya melakukan ekspulsi urine dan terjadinya retensi urine, keadaan ini disebut sebagai Prostat Hyperplasia Dekompensata.

Fase dekompensasi yang masih akut menimbulkan rasa nyeri dan dalam beberapa hari menjadi kronis dan terjadilah inkontinensia urine secara berkala akan mengalir sendiri tanpa dapat dikendalikan, sedangkan buli-buli tetap penuh. Ini terjadi oleh karena buli-buli tidak sanggup menampung atau dilatasi lagi. Puncak dari kegagalan kompensasi adalah ketidak mampuan otot detrusor memompa urine dan menjadi retensi urine. Retensi urine yang kronis dapat menimbulkan kemunduran fungsi ginjal (Astuti, 2020).

Penyakit BPH ini merupakan penyakit bedah, jika keluhan masih ringan, maka observasi diperlukan dengan pengobatan simptomatis untuk mengevaluasi perkembangan klien. Namun, jika telah terjadi obstruksi/ retensi urine, infeksi, insufisiensi ginjal, maka harus dilakukan tindakan (Prabowo & Andi, 2014). Pada klien dengan BPH salah satunya adalah TURP, setelah tindakan TUR.P dipasang kateter threeway. Irigasi kandung kemih secara terus menerus dilakukan untuk mencegah pembekuan darah. Rasa nyeri dapat dikarenakan adanya pembekuan darah yang banyak di kandung kencing, sumbatan kateter,

berlubangnya kandung kencing akibat operasi atau analgetik yang tidak adekuat (Makhrifatul, 2016)

5. Penatalaksanaan

1) Observasi

Biasanya pada terapi ini pasien tidak mendapatkan terapi apapun dan hanya diberi penjelasan mengenai sesuatu hal yang dapat memperburuk keluhannya, misalnya jangan banyak minum dan mengonsumsi kopi atau alkohol setelah makan malam, kurangi konsumsi makanan atau minuman yang menyebabkan iritasi pada bulibuli (kopi atau coklat), batasi penggunaan obat-obat influenza yang mengandung fenilpropanolamin, kurangi makanan pedas dan asin, jangan menahan kencing terlalu lama. setiap 6 bulan pasien diminta untuk kontrol dengan ditanya dan diperiksa tentang perubahan keluhan yang dirasakan. Jika keluhan miksi bertambah jelek daripada sebelumnya, mungkin perlu difikirkan untuk memilih terapi yang lain (Yulida, 2022).

2) Terapi Medikamentosa

Menurut (Ikbal, 2022) tujuan Medikamentosa adalah berusaha untuk :

- a. Mengurangi retensio otot polos prostate sebagai komponen dinamik penyebab obstruksi intravesika dengan obat-obatan penghambat adrenalgik alfa.

- b. Mengurangi volume prostate sebagai komponen static dengan cara menurunkan kadar hormone testosterone dan dihidrosteron (DHT) melalui menghambat 5 alfa-reduktase.

3) Terapi Bedah

Menurut (Smeltzer S. C., & Brenda G. Bare, 2015)

intervensi bedah yang dapat dilakukan meliputi:

- a. Pembedahan terbuka, beberapa teknik operasi prostatektomi terbuka yang bisa digunakan adalah:

- a) Prostatektomi suprapubik

Salah satu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen. Teknik ini dapat digunakan untuk kelenjar dengan segala ukuran, dan komplikasi yang mungkin terjadi ialah pasien akan kehilangan darah yang cukup banyak dibandingkan dengan metode lain, kerugian lain yang dapat terjadi adalah insisi abdomen akan disertai bahaya dari semua prosedur bedah abdomen mayor.

- b) Prostatektomi perineal

Tindakan dengan mengangkat kelenjar melalui suatu insisi dalam perineum. Teknik ini lebih praktis dan sangat berguna untuk biopsy terbuka. Pada periode pasca operasi luka bedah mudah terkontaminasi karena insisi dilakukan dekat dengan rectum. Komplikasi yang mungkin

terjadi dari tindakan ini adalah inkontinensia, impotensi dan cedera rectal.

c) Prostatektomi retropubik

Tindakan lain yang dilakukan dengan cara insisi abdomen rendah mendekati kelenjar prostat, yakni antara arkus pubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih. Teknik ini sangat tepat untuk kelenjar prostat yang terletak tinggi dalam pubis. Meskipun jumlah darah yang hilang lebih dapat dikontrol dan letak pembedahan lebih mudah dilihat, akan tetapi infeksi dapat terjadi diruang retropubik.

b. Pembedahan endourologi, endourologi transurethral dapat dilakukan dengan memakai tenaga elektrik diantaranya:

1) *Transurethral Prostatic Resection (TURP)*

TURP dilakukan dengan memakai alat yang disebut resektoskop dengan suatu lengkung diathermi. Jaringan kelenjar prostat diiris selapis demi selapis dan dikeluarkan melalui selubung resektoskop.

TURP adalah gejala sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 90 gram. Tindakan ini dilakukan apabila pembesaran Manfaat TURP antara lain tidak meninggalkan atau bekas sayatan serta waktu operasi dan waktu tinggal dirumah sakit lebih singkat. Setelah itu dipasang kateter threeway. Irigasi kandung kemih secara

terus menerus dilakukan untuk mencegah pembekuan darah. Irigasi setelah TURP menggunakan cairan NaCl 0,9% atau sterilized water for irrigation. Kedua jenis cairan ini lazim digunakan di Indonesia. (Wati, D. E. et.al. 2015)

2) *Transurethral Incision of the Prostate (TUIP)*

Tindakan ini dilakukan apabila volume prostate tidak terlalu besar atau prostate fibrotic, indikasi dari penggunaan TURP adalah keluhan sedang atau berat, dengan volume prostate normal/ kecil (30 gram atau kurang). Teknik yang dilakukan adalah dengan memasukan instrumen kedalam uretra. Satu atau dua buah insisi dibuat pada prostat dan kapsul prostat untuk mengurangi tekanan prostat pada uretra dan mengurangi konstiksi uretra.

B. Konsep Dasar TURP

1. Pengertian

Transurethral resection of the prostate (TURP) merupakan tindakan non-invasif yang dilakukan pada pasien yang mengalami Benign Prostate Hyperplasia (BPH) stage moderat atau berat selain open prostatectomy (Lucia et al, 2013).

2. Indikasi Tindakan TURP

Indikasi dilakukan TURP apabila pasien dengan gejala sumbatan yang menetap, progresif akibat pembesaran prostat, atau tidak dapat diobati

dengan terapi obat lagi, gejala-gejala dari sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 60 gram dan pasien cukup sehat untuk menjalani operasi(Quinte Health Care, 2009).

3. **Komplikasi TURP**

TURP dapat menimbulkan beberapa komplikasi antara lain ejakulasi retrograde (60-90%), infeksi saluran kemih yang disebabkan oleh kolonisasi bakteri pada prostat (2%), persistent urinary retention ketika pulang dari rumah sakit dengan terpasang kateter (2.5%), stricture bladder (2-10%), striktur uretra (10%) dan komplikasi kardiak (acute myocardial infarction - AMI)³. Selain itu terdapat komplikasi yang dapat membahayakan kondisi pasien yaitu sindrom TURP. Sindrom ini merupakan komplikasi yang terjadi pada pasien post operasi TURP yang didefinisikan dengan kelebihan volume cairan selama irigasi yang menyebabkan hiponatremia dan hipervolemia (Gravenstein, 1997; Moorthy, 2002; Hawary, 2009; dan Hawary, 2009). Karakteristik dari sindrom TURP syndrome adalah kebingungan mental, mual dan muntah, hipertensi, bradikardi dan gangguan penglihatan. Hal itu dikarenakan dilusi hiponatremia (serum natrium <125 mEq/l) yang awalnya muncul saat terjadinya perforasi kapsular atau sinus yang kemudian dilanjutkan dengan irigasi cairan. Pasien dengan anestesi spinal menunjukkan tidak bisa tenang, gangguan cerebral dan gemeteran. Ketiga hal ini adalah tanda dan gejala minimal sampai jika kurang mendapatkan intervensi spesifik dapat mengakibatkan kolaps kardiovaskuler, kegagalan multi organ dan

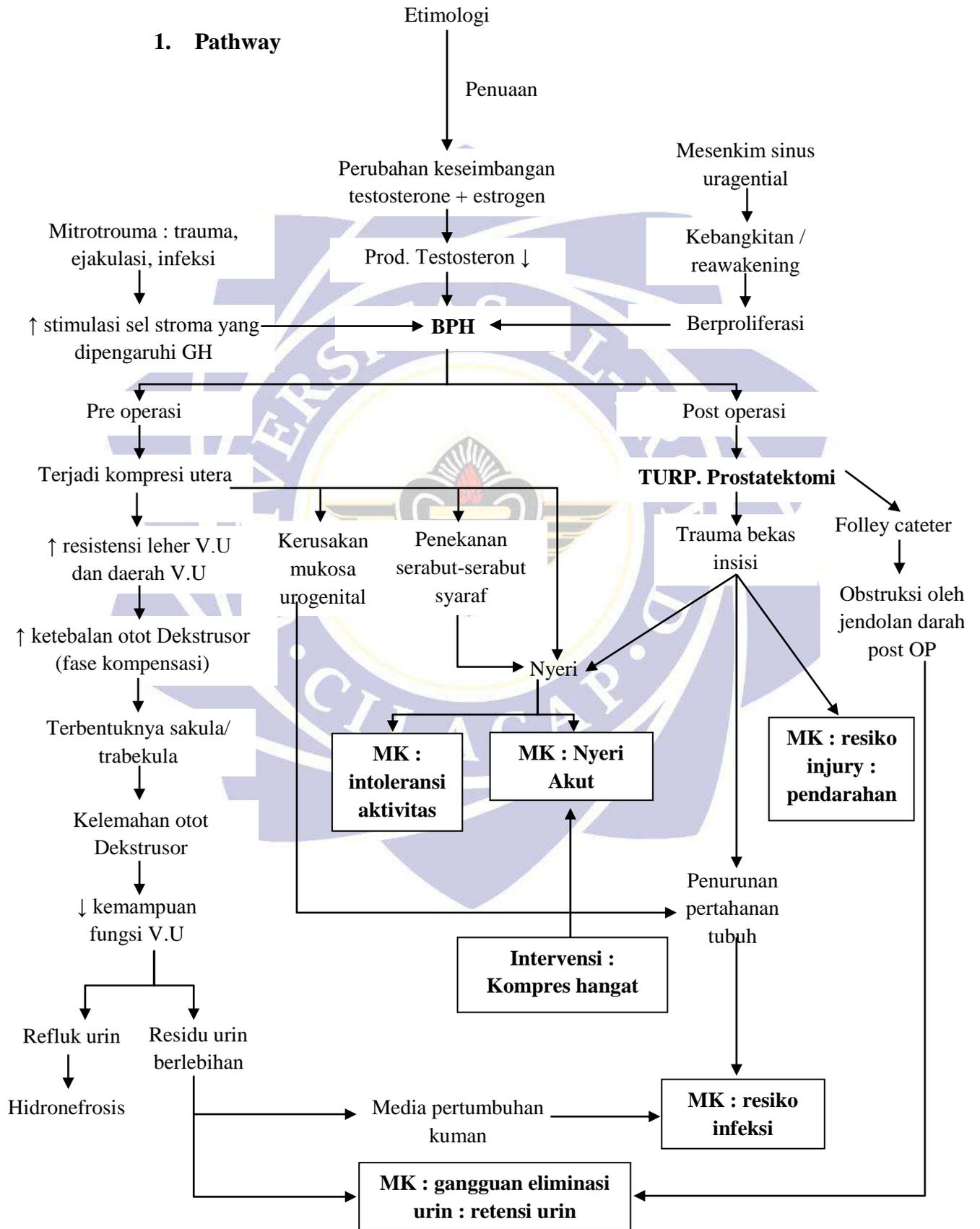
bahkan kematian (Marszalek, 2009; Claybon, 2009; dan Hawary, 2009).

4. Prosedur Tindakan TURP

Tindakan TURP memiliki tujuan untuk menangani gangguan yang terjadi pada aliran urine dari kandung kemih akibat terdapat pembesaran kelenjar prostat. Prosedur ini diawali dengan sistoskop yang bertujuan untuk mengevaluasi ukuran dari kelenjar prostat sekaligus menegakkan diagnosis kemungkinan gambaran patologi seperti tumor kandung kemih maupun batu saluran kemih. TURP dilakukan dengan cara memasukkan resektoskop melalui uretra selanjutnya dilakukan reseksi jaringan prostat menggunakan *cutting coagulation metal loop* dengan menggunakan aliran listrik atau menggunakan *laser-vaporization energy*. Teknik ini menggunakan prinsip mereseksi sebanyak mungkin jaringan prostat yang ada namun tetap mempertahankan bagian kapsul prostat sehubungan dengan peningkatan risiko absopsi cairan irigasi (Rehatta et al., 2019).

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathway



2. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Ikbal, 2022).

Dalam pengkajian meliputi teknik pengumpulan data :

- a. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tangga, nomor rekam medis, diagnosis medis.
- b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada klien post operasi BPH biasanya muncul keluhan nyeri, sehingga yang perlu dikaji untuk meringankan nyeri (provocative/ paliative), rasa nyeri yang dirasakan (quality), keganasan/intensitas (saverity) dan waktu serangan, lama, (time).

- c. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Pada pasien post TUR.P biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST : P (provokatif), yaitu faktor yang mempengaruhi awal atau ringannya nyeri. Q (Quality), yaitu

kualitas dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat. R (Region), yaitu daerah / lokasi perjalanan nyeri. S (Severity), yaitu skala/ keparahan atau intensitas nyeri. T (Time), yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya, terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan system perkemihan pada pasien saat ini seperti pernahkah pasien menderita penyakit kencing manis, riwayat kaki bengkak (edema), hipertensi, penyakit kencing batu, kencing berdarah, dan lainnya.

Tanyakan: apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya (Muttaqin, 2011)

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat HNP dari generasi terdahulu.

f. Riwayat bio- psiko- sosial- spiritual

1) Pola Nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan , minum sehari- hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekwensi makanannya.

2) Pola Eliminasi

Pola eliminasi kaji tentang pola berkemih, termasuk frekuensinya, ragu ragu, menetes, jumlah pasien harus bangun pada malam hari untuk berkemih (nokturia), kekuatan system perkemihan.

3) Pola personal hygiene

Kebiasaan dalam pola hidup bersih, mandi, menggunakan sabun atau tidak, menyikat gigi.

4) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan istirahat tidur berapa jam.

5) Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman-minuman keras, ketergantungan dengan obat-obatan.

7) Hubungan peran

Hubungan dengan keluarga harmonis, dengan tetangga, temanteman sekitar lingkungan rumah, aktif dalam kegiatan adat

8) Pola persepsi dan konsep diri

Pandangan terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga.

9) Pola nilai kepercayaan Kepercayaan terhadap

Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang di anut dan patuh terhadap perintah dan larangan-Nya. j) Pola reproduksi dan seksual Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluarga besarnya dan lingkungan sekitar.

g. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma.

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) umumnya pasien mengalami takikardi, peningkatan tekanan darah, dapat juga terjadi hipotensi.

a) Pemeriksaan kepala dan muka

Kebersihan kepala, warna rambut hitam keputihan, tidak ada nyeri tekan, kaji pembengkakan pada muka.

b) Mata

Keadaan pupil isokor atau anisokor, refleksi cahaya tidak ada gangguan, konjungtiva anemis

c) Telinga

Simetris telinga kanan dan kiri, tidak ada luka, telinga bersih tidak ada serumen, tidak ada nyeri tekan

d) Mulut

Tidak ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak, dan kebersihan gigi.

e) Leher

Tidak ada luka, kesimetrisan, masa abnormal, mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.

f) Thorak :

1) Paru-paru

Simetris, tidak terdapat luka, ekspansi dada simetris, tidaknya nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri, normalnya berbunyi sonor, normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru.

2) Jantung

Ictus cordis tidak nampak, normalnya terdengar pekak, normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

g) Abdomen

Apakah abdomen membuncit atau datar, tapi perut menonjol atau tidak, melihat lebar luka post op, mengukur panjang luka post op apakah terpasang selang irigasi dan drainase, melihat apakah ada kemerahan disekitar luka post operasi, apakah ada nyeri tekan abdomen, apakah ada cairan keluar pada saat palpasi diarea luka post op, turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5- 35 kali permenit.

h) Ekstremitas

Mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas dan bawah, Integritas ROM (Range Of Motion), kekuatan dan tonus otot, mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas dan bawah

i) Integritas kulit

Warna kulit, kelembapan, akral hangat atau tidak. integritas kulit, CRT (Capillary Refil Time) pada jarinormalnya < 2 detik

j) Genetalia

Laki-laki terpasang folley kateter 3 lubang (treeway catheter) dengan Irigasi NaCl 0,9% (urine

berwarna merah muda kemerahan hingga merah muda jernih)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual dan potensial, di mana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata (actual) dan kemungkinan akan terjadi, di mana pemecahannya dapat dilakukan dalam batasan wewenang perawat (Astuti, 2020).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi TURP adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut (D.0077)

1) Pengertian

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : Mengeluh Nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Kondisi pembedahan

- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sinrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan eliminasi urin (D.0040)

1) Pengertian

Gangguan eliminasi urin merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai disfungsi eliminasi urin.

2) Etiologi

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- e) Kelemahan otot pelvis
- f) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilisasi)
- g) Hambatan lingkungan
- h) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- i) Outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital)
- j) Imaturitas (pada anak usia < 3 tahun)

3) Manifestasi Klinis

- a) Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif : Desakan berkemih (urgensi), urine menetes (*dribbling*), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, *enuresis*

Objektif : Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*), volume residu urine meningkat

b) Tanda dan Gejala Minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif : Tidak tersedia

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Infeksi ginjal dan saluran kemih

b) Hiperglikemi

c) Trauma

c. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

1) Pengertian

Intoleransi aktivitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

2) Etiologi

a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

b) Tirah baring

c) Kelemahan

d) Imobilitas

e) Gaya hidup monoton

3) Tanda dan Gejala

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh lelah

Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif : Dispnea saat/setelah beraktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah

Objektif : Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Anemia

b) Gagal jantung kongestif

c) Penyakit jantung koroner

d) Aritmia

e) Gangguan metabolik

f) Gangguan muskuloskeletal

d. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor Risiko

- a) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh)
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)

3) Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruksi kronis
- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasif

e. Risiko Perdarahan (D.0012)

1) Pengertian

Risiko perdarahan adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami kehilangan darah

baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

2) Faktor risiko

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (misalnya ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (misalnya sirosis hepatitis)
- d) Komplikasi kehamilan (misalnya ketuban pecah sebelum waktunya)
- e) Komplikasi pasca partum (misalnya atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (misalnya trombositopenia)
- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan

3) Kondisi Klinis Terkait

- a) Aneurisma
- b) Koagulasi intravaskuler diseminata
- c) Sirosis hepatitis
- d) Ulkus lambung

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Tingkat Nyeri (L.08066) menurun , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	Manajemen Nyeri (I.08238) Tindakan <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis,

			<p>akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>4. Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Gangguan eliminasi urin (D.0040)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Eliminasi Urin (L.04034) membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan berkemih (urgensi) menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 	<p>Manajemen Eliminasi Urin (I.04152)</p> <p>Tindakan</p> <p>1. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi

	<p>4. Berkemih tidak tuntas (hesistancy) menurun 5. Volume residu urin menurun 6. Urin menetes (dribbling) menurun 7. Nokturia menurun 8. Mengompol menurun 9. Enuresis menurun</p>	<p>atau inkontinensia urin c. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih b. Batasi asupan cairan, jika perlu c. Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur</p> <p>3. Edukasi</p> <p>a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin c. Ajarkan mengambil spesimen urin midstream d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi g. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p> <p>4. Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu</p>
--	--	---



<p>3.</p>	<p>Intoleransi Aktivitas (D.0056)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Toleransi Aktivitas (L.05047) meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan Lelah menurun 2. Dispnea saat aktivitas menurun 3. Dispnea setelah aktivitas menurun 4. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor pola dan jam tidur d. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) b. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan d. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang d. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 4. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara
------------------	--	---	--



			meningkatkan asupan makanan
4.	Risiko Infeksi (D.00142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Tingkat Infeksi (L.05047) meningkat , dengan kriteria hasil :	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 4. Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

5.	Risiko Perdarahan (D.0012)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Tingkat Perdarahan (L.02017) menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa lembab meningkat 2. Kelembaban kulit meningkat 3. Hemoptisis menurun 4. Hematemesis menurun 5. Hematuria menurun 6. Hemoglobin membaik 7. Hematokrit membaik 	Pencegahan Perdarahan (I.02067) Tindakan <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala perdarahan b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah c. Monitor tanda-tanda vital ortostatik d. Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet) 2. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a. Pertahankan bed rest selama perdarahan b. Batasi tindakan invasive, jika perlu c. Gunakan kasur pencegah decubitus d. Hindari pengukuran suhu rektal 3. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan b. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi d. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan e. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K f. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
----	-----------------------------------	--	---

			<p>4. Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlub. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perluc. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
--	--	--	---



5. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan bisa sama, bisa juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai kondisi pasien (Rina, 2022) . Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana jika perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan ketrampilan dalam melakukan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien (Dermawan, 2020)

6. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan berupa perbandingan yang sistematis dan terencana dari hasil-hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Apabila hasil menunjukkan ketercapaian tujuan dan kriteria hasil, maka pasien keluar dari siklus proses keperawatan, namun apabila sebaliknya, maka pasien masuk ke dalam siklus proses keperawatan mulai dari pengkajian ulang (Dermawan, 2020). Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat

diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasil sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Ikbal, 2022).

D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Konsep Penerapan Kompres Hangat

a. Pengertian Kompres Hangat

Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang memerlukan. Terapi kompres hangat merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat yang bertujuan memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Morita et al., 2020).

Kompres hangat merupakan metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri. (Andormoyo, 2013).

b. Tujuan Kompres Hangat

Chandra (2020) menjelaskan tujuan pemberian kompres hangat sebagai berikut:

- 1) Merangsang sirkulasi dengan mendilatasi pembuluh- pembuluh darah
- 2) Meredakan nyeri dan bendungan dengan memperlancar aliran darah
- 3) Memberikan kehangatan dan kenyamanan
- 4) Merangsang penyembuhan
- 5) Meringankan retensi urine
- 6) Meringankan spasme otot
- 7) Mengurangi pembengkakan jaringan
- 8) Untuk mengatasi penurunan suhu yang mendadak selama kompres dingin
- 9) Menaikkan suhu tubuh pada kasus hipotermia

c. Manfaat Kompres Hangat

Menurut Chandra (2020) kompres hangat digunakan secara luas dalam pengobatan karena memiliki efek bermanfaat yang besar. Adapun manfaat efek kompres hangat adalah efek fisik, efek kimia, dan efek biologis sebagai berikut :

1) Efek fisik

Panas dapat menyebabkan zat cair, padat, dan gas mengalami pemuaiian ke segala arah.

2) Efek kimia

Bahwa rata-rata kecepatan reaksi kimia didalamtubuh tergantung pada temperatur. Menurunnya reaksi kimia tubuh sering dengan menurunnya temperatur

tubuh. Permeabilitas membran sel akan meningkat sesuai dengan peningkatan suhu, pada jaringan akan terjadi peningkatan metabolisme seiring dengan peningkatan pertukaran antara zat kimia tubuh dengan cairan tubuh.

3) Efek biologis

Panas dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan pembuluh darah menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler.

d. Penerapan Kompres Hangat

Kompres hangat menggunakan buli-buli dengan suhu (45-50,5°C) yang mempunyai dampak fisiologis yaitu oksigenasi jaringan lancar sehingga dapat mengurangi kekakuan otot, memperlunak jaringan fibrosa, memvasodilatasi serta memperlancar aliran darah ke tubuh, sehingga bisa mengurangi atau menghilangkan nyeri (Makrifatul, Khairiyatul; 2015).

Kompres hangat dengan buli-buli (panas kering) berdasarkan Nafisa, (2013) :

- 1) Siapkan botol air panas atau buli-buli
- 2) Suhu air 52°C untuk orang dewasa normal

- 3) Suhu air 40.5°C-46°C untuk yang lemah dan atau pasien yang tidak sadar dan anak-anak < 2 tahun
- 4) Isi 2/3 buli-buli dengan air panas
- 5) Keluarkan udara yang tersisa dan tutup rapat-rapat ujungnya
- 6) Keringkan kantong dan pegang kantong secara terbalik untuk memeriksa kebocoran
- 7) Bungkus buli-buli dalam handuk atau penutup dan tempatkan pada daerah sekitar luka operasi
- 8) Angkat setelah 15 menit
- 9) Catat respons pasien selama tindakan, juga kondisi area- area yang dikompres
- 10) Cuci tangan setelah seluruh prosedur dilaksanakan

e. Pengaruh Kompres Hangat

Kompres hangat dapat memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat (Rina, 2022). Kompres hangat dapat menimbulkan hangat yang dapat memperlancar sirkulasi darah, dan mengurangi rasa sakit atau nyeri (Dermawan, 2020).

Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan hangat dari buli-buli kedalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah

dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang (Ikbal, 2022).

Kompres hangat akan merangsang reseptor panas pada kulit yang nantinya akan menekan reseptor rasa nyeri melalui teori kontrol gerbang sehingga rasa nyeri dapat terblokir (Dwiningrum et al., 2020).

2. Jurnal Penerapan Tindakan Kompres Hangat

- a. Efektifitas Kompres Hangat Terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Turp Di Ruang Rawat Inap Rsi Siti Aisyah Madiun (Erna Dwiningrum, Nurul Sri Wahyuni, Laily Isro'in (2020))

BPH merupakan penyakit pembesaran prostat yang mengakibatkan sulit berkemih, kekuatan aliran urine berkurang, urine menetes penanganannya dengan tindakan pembedahan non insisi yaitu TURP. Tindakan TURP akan berakibat Kerusakan dan inflamasi pada nervus akan memicu rasa nyeri. Secara umum penanganan nyeri ada dua, farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi nyeri dapat ditangani dengan pemberian analgetik, meskipun pemberian analgetik dapat menghilangkan rasa nyeri secara efektif, namun penggunaan analgetik memberikan efek samping tidak baik untuk pasien. Teknik kompres hangat, kompres dingin, terapi musik, massage merupakan cara menghilangkan nyeri secara non farmakologi.

Salah satu peran/tugas seorang perawat adalah memberi rasa nyaman kepada pasien dengan memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi nyeri. Dalam hal ini perawat berperan dalam mengatasi nyeri dengan menggunakan secara non farmakologi yaitu kompres hangat menggunakan buli-buli dengan suhu ($45-50,5^{\circ}\text{C}$) yang mempunyai dampak fisiologis yaitu oksigenasi ke jaringan lancar sehingga dapat mengurangi kekakuan otot, memperlunak jaringan fibrosa, memvasodilatasi serta memperlancar aliran darah ke tubuh, sehingga bisa mengurangi atau menghilangkan nyeri (Makrifatul, 2015).

Dari hasil penelitian didapat ada efektifitas kompres hangat terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi TURP di ruang rawat inap RSI Siti Aisyah Madiun

b. Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Nyeri Post Operasi (Rizky Eka Yuniarti, Tri Suraning Wulandari, Parmilah (2020))

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan memberikan rasa hangat dengan suhu $43^{\circ} - 46^{\circ}\text{C}$ pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan sehingga kebutuhan rasa nyaman terpenuhi (Yuliana, 2013).

Prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi terjadi

pemindahan hangat dari buli-buli kedalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang (Smeltzer & Bare ,2005 dalam Revi Neini, 2018)

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa penurunan intensitas nyeri pada kelompok yang diberikan kompres hangat lebih banyak jika dibandingkan dengan kompres dingin maka dapat dikatakan bahwa kompres hangat lebih efektif terhadap penurunan intensitas nyeri jika dibandingkan dengan kompres dingin, dengan nilai kompres hangat. Dalam artikel disebutkan penurunan nyeri terjadi disebabkan karena pemberian kompres hangat mampu memberikan rasa nyaman pada pasien, melancarkan sirkulasi darah sehingga mampu mengurangi sensasi nyeri yang dirasakan pasien

- c. Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Nyeri Pada Pasien Fraktur Post Operasi Di Rst. Dr. Reksodiwiryo Padang Tahun 2017 (Revi Neini Ikbal, Rahmat Hidayat (2017))

Nyeri merupakan masalah utama pada pasien pasca operasi sekaligus merupakan pengalaman multidimensi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Mekanisme munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, hangat, listrik serta mekanik. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls

melalui serabut saraf perifer, lalu memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis.

Kompres hangat adalah suatu metode alternatif non farmakologis untuk mengurangi nyeri. Pelaksanaannya dilakukan dengan menggunakan kantong diisi dengan air hangat dengan suhu tertentu kemudian menempatkan pada bagian yang nyeri. Pemberian kompres hangat ini dilakukan selama 30 menit, selanjutnya dilakukan pengukuran nyeri setelah 30 menit pengompresan dengan skala nyeri VAS (*Visual Analog Scale*). Penggunaan kompres hangat bertujuan untuk mengetahui pengaruh kompres hangat pada pasien fraktur ekstremitas tertutup .

Pada penelitian ini didapatkan hasil dengan data yang menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberi kompres hangat.

Dari hasil penelitian, teori-teori yang ada dan hasil penelitian lainnya menurut analisis peneliti kompres hangat dapat menurunkan respon nyeri dikarenakan kompres hangat dapat menurunkan salah satu zat neurotransmitter yaitu prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dengan cara menurunkan inflamasi (disebabkan spasme otot), karena kompres hangat menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) sehingga inflamasi menurun. Menurunnya

inflamasi maka prostaglandin akan menurun pula produksinya, sehingga nyeri yang disebabkan spasme otot dan kerusakan jaringan berkurang. Oleh karenanya perlu dilakukan intervensi mandiri ini dalam mengurangi respon nyeri khususnya pada pasien fraktur ekstremitas tertutup. Setelah membandingkan penelitian ini dengan penelitian sejenis dan dengan landasan teori yang ada, maka penelitian menarik kesimpulan bahwa ada pengaruh pemberian kompres hangat terhadap penurunan respon nyeri pada pasien fraktur ekstremitas tertutup.

