

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Kenyamanan

1. Pengertian Kenyamanan

Kenyamanan atau rasa nyaman merupakan pengalaman yang diterima dan dirasakan oleh seseorang dari suatu kejadian atau dalam memaknai sesuatu. Pengalaman tersebut terjadi secara langsung dan menyeluruh ketika kebutuhan terpenuhi secara fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan.

Menurut Kolcaba, konsep dalam teori *Comfort* terbagi menjadi beberapa bagian, yaitu :

a. Kebutuhan perawatan kesehatan

Kebutuhan perawatan kesehatan dalam konteks kenyamanan diartikan sebagai suatu kebutuhan untuk bangkit dari tekanan pikiran (mencakup persepsi) maupun batin, meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan. Kebutuhan yang ada dapat teridentifikasi melalui monitoring, laporan langsung maupun tidak langsung dari pasien, kebutuhan konseling baik dari segi edukasi, motivasi, maupun intervensi dan finansial.

b. Pengukuran kenyamanan

Pengukuran kenyamanan meliputi fisiologi, sosial, finansial, psikologi, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik didefinisikan sebagai intervensi keperawatan yang berfokus pada tujuan sehingga secara optimal melakukan penilaian dalam mengetahui kebutuhan kenyamanan resipien secara lebih spesifik.

c. Variabel-variabel intervensi

Variabel-variabel intervensi berisi tentang kenyamanan total yang dapat diartikan sebagai interaksi antar kekuatan yang dapat saling mempengaruhi persepsi seseorang. Variabel ini terdiri dari pengalaman

terdahulu, usia, sikap, status emosional, sistem pendukung, prognosis penyakit, finansial, hingga pengalaman lain secara menyeluruh.

d. Kenyamanan

Kenyamanan dapat diukur dari kondisi yang dialami. Ada tipe kenyamanan serta konteks pengalaman yang menjadi indikator dasar dari teori *Comfort* ini, diantaranya :

1) Tipe kenyamanan

- a) *Relief* (dorongan), yaitu suatu kondisi dimana seseorang butuh penanganan yang spesifik dan segera.
- b) *Ease* (ketentraman) yaitu suatu kondisi dimana seseorang berada dalam keadaan tenang atau kepuasan hati.
- c) *Trancendence*, yaitu kondisi dimana seseorang mampu mengatasi masalahnya dengan mencari potensi dan coping dari dirinya sendiri.

2) Konteks kenyamanan

a) Fisik

Berkaitan dengan mekanisme sensasi jasmani dan homeostasis, meliputi penurunan intensitas tubuh dalam respon terhadap suatu penyakit ataupun tindakan invasif. Untuk mengatasinya terdapat beberapa contoh alternative dalam memenuhi kebutuhan fisik seperti mengatur posisi, kompres hangat atau dingin, pemberian medikasi terkait kolaborasi dengan tenaga medis lain, hingga ke sentuhan terapeutik yang merupakan dasar dalam membina hubungan saling percaya antar perawat dengan klien.

b) Psikospiritual

Berkaitan dengan kesadaran diri atau internal diri, terkait keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, seperti penghargaan, konsep diri, seksual dan pandangan dalam memaknai hidup, termasuk kepercayaan. Dapat di fasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan dalam berinteraksi dan sosial klien dengan orang

terdekat dan mengikutsertakan keluarga selama perawatan hingga proses kesembuhan.

c) Lingkungan

Berkaitan dengan kondisi atau keadaan sekitar seseorang serta pengaruh terhadap diri orang tersebut maupun orang yang berada disekitarnya. Beberapa alternative dalam pemenuhan ini seperti menjaga situasi dan kondisi lingkungan sekitar klien, memastikan kebersihan dan kerapian lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat klien sedang beristirahat, serta memberikan lingkungan yang aman bagi klien.

d) Sosial

Berkaitan dengan hubungan interpersonal dan relationship (keluarga dan masyarakat). Ini terkait kebutuhan terhadap edukasi pemulangan (*discharge planning*), dan penanganan yang sesuai dengan budaya dari klien. Terdapat beberapa alternative untuk memenuhi kebutuhan sosiokultural seperti hubungan terapeutik dengan klien diciptakan dengan menghargai hak-hak klien tanpa memandang dari status sosial maupun keberagaman kultural klien, memotivasi klien untuk dapat mengekspresikan perasaannya, serta memfasilitasi kerja tim sehingga dapat mengatasi kemungkinan dari adanya konflik antara proses kesembuhan dengan kultur empiris dari budaya klien.

e. Perilaku pencari kesehatan (*Health-seeking Behaviors/HSBs*)

Perilaku pencari kesehatan dapat diartikan sebagai suatu kondisi seseorang yang membutuhkan gambaran secara luas mengenai hasil yang akan dicapai dalam pemilihan suatu intervensi setelah pencari kesehatan tersebut konsultasi dengan perawat, meliputi internal, eksternal atau pilihan meninggal dengan damai.

f. Institusi yang terintegrasi

Institusi yang terintegrasi diartikan sebagai hubungan antara kenyamanan and integrasi institusi secara berulang.

Kolcaba mengemukakan pula perihal konsep paradigma keperawatan bila dilakukan dengan teori *Comfort* (kenyamanan), yaitu :

1) Keperawatan

Berkaitan dengan proses keperawatan dari pengkajian melalui administrasi analog visual atau melalui daftar pertanyaan untuk mengidentifikasi kebutuhan pemenuhan kenyamanan, merancang pengukuran kenyamanan yang bertujuan untuk mencapai pemenuhan tersebut, dan mengoptimalkan dalam pengkajian ulang mengenai tingkat kenyamanan klien setelah implementasi kemudian dibandingkan dengan target sebelumnya. Pengkajian baik awal maupun ulang dapat bersifat subjektif atau intuitif atau kedua-duanya. Diperlukan 3 (tiga) jenis intervensi kenyamanan untuk memberikan pemenuhan kenyamanan klien, yaitu :

- a) Teknik mengukur kenyamanan (*technical comfort measures*), yaitu tindakan yang dirancang agar dapat mempertahankan keseimbangan dan manajemen nyeri, seperti pengawasan terhadap tanda-tanda vital and hasil pemeriksaan penunjang laboratorium, termasuk pula pemberian obat analgetik. Pengukuran kenyamanan dirancang untuk dapat membantu klien mempertahankan atau mengoptimalkan fungsi fisik dan kenyamanan serta mencegah potensial komplikasi yang mungkin terjadi.
- b) Pembinaan (*coaching*), yaitu tindakan yang dirancang untuk terbebas dari rasa nyeri untuk ketentraman hati, memotivasi untuk harapan, dan membantu dalam menyusun perencanaan yang realistis untuk pemulihan

integrasi, atau meninggal sesuai dengan kultur empiris dibudayanya.

- c) “*Comfort Food*” lebih bertujuan untuk jiwa, yaitu meliputi tindakan yang akan berguna bagi klien dalam konteks memperkuat kondisi yang sulit jika diukur secara personal. Target pencapaian tindakan ini adalah *transcendence* dengan beberapa pilihan sugesti kenyamanan yang dapat dibangun bersama, seperti pijatan, terapi musik, dan tentu sentuhan terapeutik.

2) Kesehatan

Kesehatan merupakan keadaan dimana status fungsi optimum pada segala komponen yang diperlihatkan oleh klien baik secara individu, keluarga, kelompok, ataupun komunitas.

3) Pasien

Pasien merupakan penerima pelayanan keperawatan, baik perorangan, keluarga, lembaga, ataupun komunitas.

4) Lingkungan

Lingkungan merupakan keseluruhan aspek eksternal dari klien, maupun keluarga dan masyarakat yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau seseorang yang dicintai untuk dapat meningkatkan kenyamanan.

2. Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga, dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman dapat diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan.

3. Konsep Teori Comfort Kolcaba

Kolcaba memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seseorang individu yang bersifat holistik, meliputi kenyamanan fisik, psikososial, sosiokultural, lingkungan. Kenyamanan fisik berhubungan dengan sensasi tubuh dan homeostasis meliputi penurunan kemampuan tubuh merespon suatu penyakit atau prosedur invasif. Kenyamanan psikososial dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang dapat difasilitasi dengan memenuhi kebutuhan interaksi dan sosialisasi dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan. Kebutuhan sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan masyarakat, meliputi kebutuhan terhadap informasi kepulangan (*discharge planning*) perawatan yang sesuai dengan budaya pasien (Kolcaba 2005 dalam Ngatmi 2019).

4. Konsep Utama Teori Kolcaba

Terhadap 7 komponen dalam konsep utama teori *comfort* yang dikemukakan oleh Kolcaba, yaitu sebagai berikut :

a. *Health care needs*

Kolcaba mendefinisikan kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, yang dihasilkan dari situasi

pelayanan kesehatan yang stressful, yang tidak dapat dipenuhi oleh penerima support sistem tradisional. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan yang kesemuanya membutuhkan monitoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling finansial dan intervensi.

b. *Comfort*

Comfort merupakan sebuah konsep yang mempunyai hubungan yang erat dalam bidang keperawatan. *Comfort* diartikan sebagai suatu keadaan yang dialami oleh penerima yang dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman media yang menjadi sebuah kekuatan melalui kebutuhan akan keringanan (*relief*), ketenangan (*ease*), dan kemampuan lebih (*transcendence*) yang dapat terpenuhi dalam empat konteks pengalaman yang meliputi aspek fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan.

Kolcaba (2003), kemudian menderivasi konteks diatas menjadi beberapa hal berikut :

1) Kebutuhan rasa nyaman fisik (*physical comfort*)

Kebutuhan akan rasa nyaman fisik adalah penurunan mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena suatu penyakit atau prosedur invasif yang berkenaan dengan sensasi tubuh. Intervensi *comfort* yang standar digunakan untuk memperoleh atau mempertahankan keseimbangan.

2) Kebutuhan rasa nyaman psikospiritual (*psychospiritual comfort*)

Kebutuhan rasa nyaman psikospiritual adalah kebutuhan terhadap kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan yang bertujuan agar pasien atau keluarga dapat bangkit atau bahkan meninggal dengan damai melalui prosedur yang menyakitkan atau trauma yang tidak dapat sembuh dengan segera.

3) *Kebutuhan rasa nyaman sosikultural (socialcultural comfort)*

Kebutuhan rasa nyaman sosiokultural adalah kebutuhan penentruman hati, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan perawatan yang dilihat dari segi budaya. Kebutuhan ini dipenuhi melalui *coaching* atau pemberian informasi (pendidikan kesehatan), promosi kesehatan, pelatihan, termasuk perilaku dapat melakukan, pesan kesejahteraan mendapatkan informasi sesuai dengan perkembangan yang berhubungan dengan prosedur pulang dari rumah sakit dan rehabilitasi.

4) *Kebutuhan rasa nyaman lingkungan (environmental comfort)*

Kebutuhan rasa nyaman lingkungan termasuk kerapian, lingkungan yang sepi, perabotan yang nyaman, bau lingkungan minimum dan keamanan seperti dalam tatanan pediatrik. Termasuk perhatian dan saran terhadap adaptasi lingkungan di kamar rumah sakit dan rumah pasien. Perawat seharusnya melakukan upaya menurunkan kebisingan penerangan dan gangguan istirahat tidur untuk memfasilitasi promosi kesehatan lingkungan.

c. *Comfort measures*

Comfort measures mengacu pada tiga *comfort* berikut, yaitu: *Comfort measures* adalah filosofi perawatan kesehatan yang berdasarkan fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan yang nyaman bagi klien. *Comfort care* mempunyai 3 komponen, yaitu intervensi yang sesuai dan tepat waktu, model perawatan yang perhatian dan empati berfokus pada kenyamanan pasien.

Comfort measures adalah intervensi yang sengaja dirancanag untuk meningkatkan kenyamanan klien atau keluarga. Intervensi keperawatan dirancang untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, finansial, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi

fisik.

Comfort needs adalah kebutuhan rasa nyaman *relief, ease* dan *transcendence* dalam konteks pengalaman manusia secara fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan.

d. *Enhanced comfort*

Enhanced Comfort yaitu meningkatkan kenyamanan yang terus menerus dengan melakukan intervensi kenyamanan secara konsisten dan terus menerus, sampai klien akan mencapai kesehatan yang diinginkan dalam mencari kesembuhan. Ini dilakukan dengan cara melakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh dengan tindakan yang independent dan dependen sesuai dengan kewenangan perawat.

Proses yang dilakukan pada tahap ini sesuai dengan asuhan keperawatan yaitu dengan melakukan tindakan dan dievaluasi secara terus menerus dengan SOAP sampai klien mengalami kesembuhan sesuai dengan tujuan perawatan (*outcomes comfort*).

e. *Intervening variables*

Intervening variables adalah faktor positif ataupun negatif yang sedikit sekali dapat dikontrol oleh perawat tetapi berpengaruh langsung pada kesuksesan rencana intervensi kenyamanan. *Intervening variables* meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, *support system*, prognosis, financial, dan kebiasaan pola kesehatan.

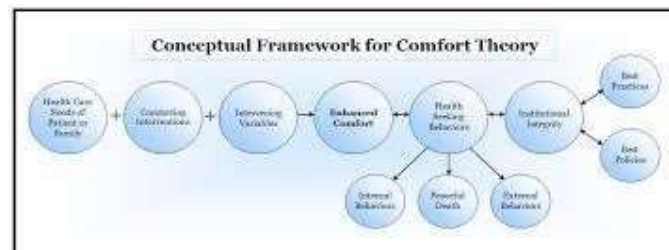
f. *Health seeking behavior* (HSBs)

Health seeking behavior (HSBs) perilaku pasien atau keluarga yang terlibat secara sadar atau tidak sadar, menggerakkan mereka ke arah kesejahteraan. HSBs ini merupakan sebuah kategori yang luas dari *outcome* berikutnya yang berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh pasien saat konsultasi dengan perawat. HSBs ini dapat berasal dari eksternal (aktivitas yang terkait dengan kesehatan), internal (penyembuhan/ pengembalian fungsi

imun atau kematian yang damai).

g. *Institutional integrity*

Institutional integrity adalah kondisi sarana perawatan kesehatan yang menyeluruh, jujur, profesional dan beretika. Integritas institusional dianggap sebagai nilai-nilai etik, stabilitas finansial, dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area lokal,



regional, dan nasional. Pada sistem rumah sakit, definisi institusi diartikan sebagai pelayanan kesehatan umum atau *home care*.

Gambar 2.1 Kerangka Kerja Konseptual pada Teori Kenyamanan

5. Hubungan Antar Konsep dalam Teori *Comfort* Kolcaba

Hubungan antar konsep Kolcaba yang digambarkan secara singkat dapat diterapkan dalam proses keperawatan dengan diawali dari kemampuan perawat dalam mengkaji kebutuhan rasa nyaman terkait pengalaman fisik, psikospiritual, sosiokultural, lingkungan klien dan anggota keluarga. Perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan tersebut khususnya kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi oleh *support system eksternal*. Perawat menyusun rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan, merancang intervensi dan menentukan keberhasilannya dengan memperhatikan *intervening variables*.

Perawat melakukan intervensi yang dianggap efektif dengan perilaku caring, sehingga hasil yang dicapai terlihat sebagai peningkatan rasa nyaman atau disebut *comfort measures*. Sedangkan *comfort care* akan mengkaitkan semua komponen tersebut. Pasien dan perawat

sepakat tentang *health seeking behavior* yang diinginkan, bila kenyamanan tercapai, pasien dan anggota keluarga terikat oleh HSBs dan akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan. Bila perawat dan klien puas terhadap intervensi dan menentukan keberhasilan dengan memperhatikan *invening variables*.

Perawat melakukan intervensi yang dianggap efektif dengan perilaku yang caring, sehingga hasil yang dicapai terlihat sebagai peningkatan rasa nyaman atau disebut *comfort measures*. Sedangkan *comfort care* akan mengkaitkan semua komponen tersebut. Pasien dan perawat sepakat tentang *health seeking behavior* yang diinginkan, bila kenyamanan tercapai, pasien dan anggota keluarga terikat oleh HSBs dan akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan. Bila perawat dan klien puas terhadap institusi pelayanan, masyarakat akan mengetahui kontribusi institusi tersebut terhadap program kesehatan pemerintah. Institusi jadi lebih terpendang dan berkembang.

Dalam kerangka kerjanya tersebut Kolcaba menguraikan tentang teori kenyamanan sebagai berikut :

- a. Adanya kebutuhan perawatan kesehatan untuk kebutuhan kenyamanan yang spesifik yang timbul dalam suatu situasi perawatan kesehatan.
- b. Kebutuhan kenyamanan tersebut membutuhkan intervensi keperawatan yang membutuhkan komitmen dalam perawatan kenyamanan pasien.
- c. Dalam pemberian intervensi kenyamanan akan dipengaruhi oleh variabel-variabel intervensi seperti level dari staf keperawatan, insentif yang di terima oleh perawat, and *patient acuity*.
- d. Tujuan dari pemberian intervensi adalah akan di dapatkan kenyamanan pasien. Untuk mengetahui tercapai atau tidaknya kenyamanan pasien maka di lakukan pengukuran dengan menggunakan kuesioner yang di kembangkan dari struktur taksonomi.

- e. Kenyamanan pasien akan menentukan perilaku pasien dalam mencari kesehatan (*health seeking behaviors of patient*), yang ditunjukkan dengan perilaku internal, eksternal ataupun kematian dengan damai.
- f. *Health seeking behaviors of patient* melibatkan institusi yang terintegrasi yang memiliki sistem nilai positif, tujuan yang jelas terkait dengan kenyamanan resipien, perbaikan kesehatan, dan kelangsungan finansial.
- g. Hasil akhir yang diharapkan dalam kerangka kerja penelitian ini adalah adanya kepuasan dari resipien yang di lihat dari status fungsional resipien atau (HSB) yang lain, dan berdasarkan hasil survey dari perawatan kenyamanan.

6. Aplikasi Teori Kenyamanan

Aplikasi teori kenyamanan di area keperawatan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan mencakup kegiatan pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan sesuai masalah keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian ditujukan untuk menggali kebutuhan rasa nyaman klien dan keluarga pada 4 konteks pengalaman fisik, psikospiritual, sosialkultural dan lingkungan. Kenyamanan fisik terdiri dari sensasi tubuh dan mekanis homeostasis. Kenyamanan psikospiritual mencakup kesadaran diri (harga diri, seksualitas, arti hidup) dan hubungan manusia pada tatanan yang lebih tinggi. Kenyamanan lingkungan terdiri dari lampu, bising, lingkungan sekeliling, cahaya, suhu, elemen tiruan versus alami.

b. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan bertujuan meningkatkan rasa nyaman.

Intervensi kenyamanan memiliki tiga kategori:

- 1) Intervensi kenyamanan standar untuk mempertahankan homeostasis dan mengontrol rasa sakit.
- 2) Pelatihan untuk meredakan kecemasan, memberikan jaminan dan informasi, menanamkan harapan, mendengarkan dan membantu merencanakan pemulihan
- 3) Tindakan yang menenangkan bagi jiwa, hal-hal menyenangkan yang perawat lakukan untuk membuat klien atau keluarga merasa diperhatikan dan diperkuat seperti pijat atau *guided imagery*.
- 4) Intervensi holistik yang sesuai dengan teori kenyamanan antara lain: *guided imagery*, *progressive muscle relaxation*, meditasi, terapi musik atau seni, terapi relaksasi, pijatan dan sentuhan terapeutik.

c. Implementasi keperawatan

Kebutuhan kenyamanan fisik termasuk defisit dalam mekanisme fisiologis yang terganggu atau beresiko karena sakit atau prosedur invasif. Kebutuhan fisik yang tidak jelas terlihat dan yang mungkin tidak disadari seperti kebutuhan cairan atau keseimbangan elektrolit, oksigenasi atau termoregulasi. Kebutuhan fisik yang terlihat seperti sakit, mual, muntah, mengigil atau gatal lebih mudah ditangani dengan maupun tanpa obat. Standar kenyamanan intervensi diarahkan untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan homeostasis.

Kebutuhan kenyamanan psikospiritual termasuk kebutuhan untuk kebutuhan kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan agar klien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan atau trauma yang tidak dapat segera sembuh. Kebutuhan ini sering dipenuhi dengan tindakan keperawatan yang menenangkan bagi jiwa klien serta ditargetkan untuk trasedensi seperti pijat, perawatan mulut, penunjang khusus, sentuhan dan

kepedulian. Fasilitasi diri untuk strategi menghibur dan kata-kata motivasi. Tindakan ini termasuk intervensi khusus karena perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya tetapi apabila perawat menyempatkan diri maka tindakannya akan sangat bermakna. Tindakan ini dapat memfasilitasi klien dan keluarga mencapai transendensi. Transendensi merupakan faktor kunci dalam kematian klien.

Kebutuhan kenyamanan sosiokultural adalah kebutuhan untuk jaminan budaya, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan *caring*. Kebutuhan ini terpenuhi melalui pembinaan yang mencakup sikap optimisme, pesan-pesan kesehatan dan dorongan semangat, penghargaan terhadap pencapaian klien, persahabatan perawat selama bertugas, perkembangan informasi yang tepat tentang setiap aspek yang berhubungan dengan prosedur, pemulihan kesadaran, setelah anastesi, rencana pemulangan dan rehabilitasi. Kebutuhan sosial ini juga termasuk kebutuhan keluarga untuk keuangan, bantuan pekerjaan, menghormati tradisi budaya untuk persahabatan selama rawat inap jika unit keluarga memiliki jaringan sosial yang terbatas. Rencana pemulangan juga membantu memenuhi kebutuhan sosial untuk transisi perpindahan perawatan dari rumah sakit ke rumah. Misalnya diskusi tentang rencana pemakaman dan membantu dengan berkabung dalam situasi khusus klien.

Kebutuhan kenyamanan lingkungan meliputi ketertiban, ketenangan, perabotan yang nyaman, bau yang minimal dan keamanan. Kebutuhan ini juga termasuk perhatian dan saran pada klien dan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan kamar rumah sakit. Ketika perawat tidak mampu untuk menyediakan lingkungan benar-benar tenang, perawat dapat membantu klien dan keluarga untuk mampu menerima kekurangan dari pengaturan yang ideal. Namun perawat harus mampu untuk melakukan upaya

mengurangi kebisingan, cahaya lampu dan gangguan istirahat tidur dalam rangka memfasilitasi lingkungan yang meningkatkan kesehatan klien.

d. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah implementasi. Beberapa instrumen telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat kenyamanan. Perawat dapat menggunakan beberapa instrumen untuk menilai peningkatan kenyamanan klien seperti *behaviors checklist* ataupun *childrens comfort* disiasas sesuai dengan usia klien.

B. Konsep Gangguan Rasa Nyaman

1. Pengertian

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya dan sosialnya (Keliat et al., 2015).

Menurut (Keliat et al., 2015) gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relasks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut.

Gangguan rasa nyaman merupakan suatu gangguan dimana perasaan kurang senang, kurang lega, dan kurang sempurna dalam dimensi fisik psikospiritual, lingkungan serta sosial pada diri yang biasanya mempunyai gejala dan tanda minor mengeluh mual (PPNI, 2016).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

Menurut Hakim (2006) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kenyamanan antara lain :

a. Sirkulasi

Kenyamanan dapat berkurang karena sirkulasi yang kurang baik, seperti tidak adanya pembagian ruang yang jelas untuk sirkulasi manusia dan kendaraan bermotor, atau tidak ada pembagian sirkulasi antara ruang satu dengan lainnya. Sirkulasi dibedakan menjadi 2 yaitu sirkulasi di dalam ruang dan sirkulasi di luar ruang atau peralihan antara dalam dan luar seperti foyer atau lobby, koridor, atau hall.

b. Daya alam atau iklim

1) Radiasi matahari dapat mengurangi kenyamanan terutama pada siang hari, sehingga perlu adanya peneduh.

2) Angin

Perlu memperhatikan arah angin dalam menata ruang sehingga tercipta pergerakan angin mikro yang sejuk dan memberikan kenyamanan. Pada ruang yang luas perlu diadakan elemen-elemen penghalang angin supaya kecepatan angin yang kencang dapat dikurangi.

3) Curah hujan

Faktor curah sering menimbulkan gangguan pada aktivitas manusia di ruang luar sehingga perlu di sediakan tempat berteduh apabila terjadi hujan (shelter, gazebo).

4) Temperatur

Jika temperatur ruang sangat rendah maka temperatur permukaan kulit akan menurun dan sebaliknya jika temperatur dalam ruang tinggi akan mengalami kenaikan pula. Pengaruh bagi aktivitas kerja adalah bahwa temperatur yang terlalu dingin akan menurunkan gairah kerja dan temperatur yang terlampau panas dapat membuat kelelahan dalam bekerja dan cenderung banyak membuat kesalahan.

c. Kebisingan

Pada daerah yang padat seperti perkantoran atau industri,

kebisingan adalah salah satu masalah pokok yang bisa mengganggu kenyamanan para pekerja yang berada di sekitarnya. Salah satu cara untuk mengurangi kebisingan adalah dengan menggunakan alat pelindung diri (*ear muff, ear plug*).

d. Aroma atau bau-bauan

Jika ruang kerja dekat dengan tempat pembuangan sampah maka bau yang tidak sedap akan tercium oleh orang yang melaluinya. Hal tersebut dapat diatasi dengan memindahkan sumber bau tersebut dan ditempatkan pada area yang tertutup dari pandangan visual serta dihalangi oleh tanaman pepohonan atau semak ataupun dengan peninggian muka tanah.

e. Bentuk

Bentuk dari rencana konstruksi harus disesuaikan dengan ukuran standar manusia agar dapat menimbulkan rasa nyaman.

f. Keamanan

Keamanan merupakan masalah terpenting, karena ini dapat mengganggu dan menghambat aktivitas yang akan dilakukan. Keamanan bukan saja berarti dari segi kejahatan (kriminal), tapi juga termasuk kekuatan konstruksi, bentuk ruang, dan kejelasan fungsi.

g. Kebersihan

Sesuatu yang bersih selain menambah daya tarik lokasi, juga menambah rasa nyaman karena bebas dari kotoran sampah ataupun bau-bauan yang tidak sedap. Pada daerah tertentu yang menuntut kebersihan tinggi, pemilihan jenis pohon dan semak harus memperhatikan kekuatan daya rontok daun dan buah.

h. Keindahan

Keindahan merupakan hal yang perlu diperhatikan untuk memperoleh kenyamanan karena mencakup masalah kepuasan batin dan panca indera. Untuk menilai keindahan cukup sulit karena setiap orang setiap orang memiliki persepsi yang berbeda

untuk menyatakan sesuatu itu adalah indah. Dalam hal kenyamanan, keindahan dapat diperoleh dari segi bentuk ataupun warna.

i. Penerangan

Untuk mendapatkan penerangan yang baik dalam ruang perlu memperhatikan beberapa hal yaitu cahaya alami, kuat penerangan, kualitas cahaya, daya penerangan, pemilihan dan peletakan lampu. Pencahayaan alami disini dapat membantu penerangan buatan dalam batas-batas tertentu, baik dan kulaitasnya maupun jarak jangkauannya dalam ruangan.

3. Penyebab Gangguan Rasa Nyaman

Dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) penyebab Gangguan Rasa Nyaman adalah:

- a. Gejala penyakit.
- b. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan sumber daya (misalnya dukungan finansial, sosial dan pengetahuan).
- d. Kurangnya privasi.
- e. Gangguan stimulasi lingkungan.
- f. Efek samping terapi (misalnya, medikasi, radiasi dan kemoterapi).
- g. Gangguan adaptasi kehamilan.

4. Gejala Dan Tanda Gangguan Rasa Nyaman

Gejala dan tanda gangguan rasa nyaman (nyeri) dapat dibagi menjadi 2 (dua) yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016) :

- a. Gejala dan tanda mayor :
 - Mengeluh nyeri
 - Tampak meringis
 - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindar nyeri)
 - Gelisah
 - Frekuensi nadi meningkat
 - Sulit tidur

- b. Gejala dan tanda minor :
- Tekanan darah meningkat
 - Pola nafas berubah
 - Nafsu makan berubah
 - Proses berpikir terganggu
 - Menarik diri
 - Berfokus pada diri sendiri
 - Diaforesis

C. Tinjauan Konsep Post Operatif

Post operasi merupakan peristiwa setelah tindakan pembedahan. Menurut Uliyah dan Hidayat (2008) dalam Awwaliyah (2019). Post operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya.

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

D. Tinjauan Konsep Hemoroid

1. Definisi Hemoroid

Hemoroid adalah pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang bersal dari *plexus hemorhoidalis* (Sudoyo Aru et al, 2009 dalam Nurarif Huda, 2016). Hemoroid adalah

pembesaran vena (varises) dari pleksus venosis hemoroidalis yang ditemukan pada anal kanal (Diyono, 2013). Hemoroid adalah pembengkakan submukosa pada lubang anus yang mengandung pleksus vena, arteri kecil dan jaringan areola yang melebar. Internal berarti hanya melibatkan jaringan lubang anus bagian atas. Eksternal berarti melibatkan bagian lubang anus bagian bawah (Glance, 2006).

Hemoroid eksternal adalah penonjolan pleksus hemoroid inferior, terletak dibawah garis mukokutan pada jaringan dibawah epitel anus. Hemoroid internal adalah pleksus hemoroidalis superior yang berada di atas garis mukokutan (ditutupi mukosa) (Budiman, 2010).

2. Etiologi Hemoroid

Hemoroid timbul karna dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor-faktor resiko/pencetus, seperti : peningkatana tekanan intra abdomen karena tumor (tumor udud, tumor abdomen), kehamilan (disebabkan tekanan jenis pada abdomen dan perubahan hormonal), usia tua, konstipasi kronik, diare akut yang berlebihan dan diare kronik, hubungan seks peranal, kurang minum air dan kurang makan makanan berserat (sayur dan buah), kurang olahraga/imobilisasi. (Sudoyo Aru et al, 2009 dalam Nurarif Huda, 2016).

Hemoroid dapat timbul juga karena berbagai sebab diantaranya kebiasaan mengedan terlalu kuat, kebiasaan jongkok terlalu lama, kebiasaan mengangkat barang berat, orang yang lanjut usia (Budiman, 2010). Hemeroid juga timbul dari pola kebiasaan yang salah seperti mengedan pada saat buang air besar yang sulit, lebih banyak menggunakan jamban sambil membaca, merokok (Sunarto, 2016).

3. Klasifikasi dan Derajat Hemoroid

Secara anoskopi hemeroid dapat dibagi atas hemoroid eksternal dan hemoroid internal (Diyono, 2013).

- a. Hemoroid eksternal Pembesaran vena rektalis inferior yang terletak dibawah linea dinata dan ditutup epitel gepeng, anoderm serta kulit peranal. Ciri-ciri dari hemoroid eksternal yaitu: nyeri sekali akibat peradangan, edema akibat trombosis, nyeri yang semakin bertambah.
- b. Hemoroid Internal Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan media yang timbul diatas linea dinata dan dilapisi oleh mukosa.

Menurut Sudoyo Aru et al, 2009 dalam nurarif, 2016 hemoroid internal berdasarkan gambaran klinis diklasifikasikan menjadi 4 derajat:

- a. Derajat 1 : pembesaran hemoroid yang tidak prolaps ke luar kanal anus, hanya dapat dilihat dengan anorektoskop
- b. Derajat 2 : pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan
- c. Derajat 3 : pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari
- d. Derajat 4 : prolaps hemoroid yang permanen, rentan dan cenderung untuk mengalami thrombosis dan infark.

4. Manifestasi Klinis Hemoroid

Tanda dan gejala hemoroid antara lain: timbul rasa gatal dan nyeri, perdarahan berwarna merah terang saat defekasi, pembengkakan pada area anus, nekrosis pada area sekitar anus, perdarahan / prolaps (tambayong, 2000 dalam dalam Nurarif Huda, 2016). Pada kasus hemoroid ditemukan perdarahan bersamaan dengan keluarnya feses, jika ditemukan warna perdarahan anus berwarna gelap seperti terbiasanya perdarahan bersumber dari saluran pencernaan atas karena sudah bercampur dengan sekresi

lambung. Sedangkan jika perdarahan anus berwarna darah segar mengindikasikan sumber perdarahan pada saluran pencernaan bawah seperti kondisi keganasan kolorektal dan hemoroid (Muttaqin, 2009).

Gejala wasir/hemoroid pada tingkat dasar dapat hanya berupa darah yang menetes pada saat buang air besar sampai timbulnya benjolan dari anus. Benjolan yang keluar dari anus tersebut bisa masuk secara spontan dengan sendirinya maupun dibantu tangan. Namun dapat pula tidak dapat masuk kembali dan memerlukan tindakan yang lebih invasif. Pada stadium lanjut, wasir perlu dioperasi. Bisa pula timbul keluhan gatal tanpa nyeri di anus (Budiman, 2010)

5. Patofisiologi

Hemoroid adalah kumpulan jaringan pembuluh darah, otot polos, dan jaringan ikat yang terletak di sepanjang saluran anus dalam tiga kolom posisi lateral kiri, anterior kanan, dan posterior kanan. Karena beberapa tidak mengandung dinding otot, kelompok ini dapat dianggap sinusoid daripada arteri atau vena. Hemoroid disebabkan karena obstruksi vena sekunder akibat kongesti dan hipertrofi bantalan anus, prolaps atau perpindahan bantalan anus ke bawah, penghancuran jaringan ikat penahan, dan dilatasi abnormal vena pleksus hemoroid interna. Faktor lain, seperti keturunan, usia, tonus sfingter ani, diet, pekerjaan, konstipasi, dan kehamilan, juga telah terlibat dalam penyebab terjadinya hemoroid. Penyakit hati kronis yang disertai hipertensi portal juga dapat mengakibatkan hemoroid, karena vena hemoroidalis superior mengalirkan darah ke sistem portal. Selain itu sistem portal tidak mempunyai katup, sehingga mudah terjadi aliran balik (Sardinha & Corman, 2002; Sun & Migaly, 2016).

E. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a) Identitas

- 1) Identitas pasien: Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medik dan diagnosa medis
- 2) Identitas penanggung jawab: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien

b) Pengkajian Umum

1) Keluhan utama

Keluhan yang pasien rasakan saat pengkajian hemoroid perdarahan, pruritus anal, prolaps, dan nyeri. Pasien juga melaporkan perdarahan terkait dengan buang air besar. Sembelit atau diare dapat memperburuk gejala.

2) Pengkajian riwayat penyakit sekarang

Pasien melaporkan rasa tidak nyaman yang kronis, tumpul, dan nyeri, terutama bila hemoroid telah prolaps, berapa lama keluhan, apa yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan dan bagaimana hasilnya.

3) Riwayat penyakit terdahulu

Pasien dengan hemoroid internal mungkin asimtomatik. Namun, ketika hemoroid internal menjadi menyempit, pasien akan melaporkan rasa sakit. Hemoroid internal bisa berdarah, menghasilkan darah pada kertas toilet setelah buang air besar atau darah di luar tinja.

4). Riwayat keperawatan keluarga

Adakah keluarga sebelumnya mempunyai penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, gangguan jiwa atau penyakit kronis lainnya yang digambarkan dalam bentuk genogram.

5). Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Adalah pelaku sebelumnya yang mempengaruhi kesehatan sekarang seperti alkohol, merokok atau penggunaan obat-obatan.

6). Pola kebiasaan saat ini

Pengkajian pola kebiasaan pasien meliputi pola nutrisi dan cairan, pola eliminasi, pola istirahat tidur, pola aktivitas, pola personal hygiene dan pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan pasien.

7). Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi tanda-tanda vital pasien seperti kesadaran pasien saat ini, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan serta suhu tubuh pasien. Pemeriksaan fisik umum dilakukan mengukur tinggi badan berat badan, kebersihan mukosa mulut. Pemeriksaan pada sistem pencernaan meliputi inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi.

8). Pemeriksaan fisik persistem

Pada pemeriksaan fisik persistem meliputi data pengkajian inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada pasien.

9). Pemeriksaan penunjang

meliputi hasil laboratorium, usg abdomen, dll.

10) Pada pengkajian psikososial

malu, adanya keengganan berinteraksi sosial, apakah nyeri mengganggu aktivitas/istirahat

2. Diagnosis Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post operasi hemoroid yaitu :

- a. Gangguan Rasa Nyaman
- b. Risiko Perdarahan
- c. Risiko Infeksi

3. Intervensi Keperawatan

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|-----|---|---|--|
| 1. | Gangguan rasa nyaman b.d kurang pengendalian situasional/lingkungan (D. 0074) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : Status kenyamanan (L. 08064) - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Kebisingan menurun - Keluhan sulit tidur menurun - Lelah menurun - Keluhan kepanasan menurun | Terapi Relaksasi (I. 09326) Observasi 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2. Periksa ketegangan otot dan TTV sebelum dan sesudah latihan Terapeutik 3. Ciptakan lingkungan tenang dan ruangan yang nyaman 4. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 5. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Edukasi 6. Jelaskan tujuan, manfaat, dan jenis relaksasi yang tersedia 7. Anjurkan mengambil posisi nyaman 8. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 9. Anjurkan sering mengulangi dan latih teknik relaksasi |

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|----|--|---|---|
| 2. | Risiko perdarahan ditandai dengan prosedur pembedahan (D.0012) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil : Tingkat perdarahan (L.02017) - Membran mukosa lembab meningkat - Kelembaban kulit meningkat - Hemoptisis menurun - Hematemesis menurun - Hematuria menurun - Hemoglobin membaik - Hematokrit membaik | Pencegahan Perdarahan (L.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet) Terapeutik 5. Pertahankan bed rest selama perdarahan 6. Batasi tindakan invasive, jika perlu 7. Gunakan kasur pencegah decubitus 8. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi 9. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 10. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 12. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 13. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 14. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 16. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 17. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu |

| No. | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|-----|---|---|---|
| 3 | Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih membaik | Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan |

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tahap pelaksanaan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independen (secara mandiri) dan juga kolaborasi antar tim medis. Pada tindakan independen, aktivitas perawat didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan berdasarkan pada keputusan pihak lain.

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Febiola, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif. Pada laporan ini setelah dilakukan intervensi kompres dingin dan aromaterapi lavender diharapkan status kenyamanan meningkat.

F. Evidence Based Practice

Menurut penelitian dalam Jurnal Keperawatan Tropis Papua yang dilakukan oleh (Rohmani et al., 2018) tindakan kompres dingin lebih efektif dibandingkan dengan terapi standar dalam menurunkan skala nyeri pasien post hemoroidektomi yang terpasang tampon. Mekanisme kompres dingin mampu menurunkan nyeri sebagaimana dijelaskan bahwa teori gate control dimana impuls dingin yang bersaing mencapai korteks serebri bersamaan impuls nyeri akan berefek pada distraksi kognitif dan menghambat persepsi nyeri. Kompres dingin dapat melepaskan endorpin lebih cepat dibandingkan dengan menggunakan terapi standar. Kompres dingin dapat menghambat transmisi nyeri dan juga dapat dimodulasi oleh adanya opiat endogen (morfin alami) meliputi endorpin, enkefalin dan dinorpin yang penting dalam sistem analgetik alami tubuh. Substansi kimia tersebut dilepaskan dari jalur analgetik desenden selanjutnya berikatan dengan reseptor opiat di ujung presinaps aferen. Pengikatan tersebut menghambat dan memblokir pelepasan substansi, sehingga impuls nyeri tidak tersampaikan dan rasa nyeri berkurang.

Teori gate control dari Melzack & Wall (2005) dalam (Rohmani et al., 2018) menyatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan dari tempat cedera melalui spinal cord ke korteks cerebri dimana persepsi nyeri akut berasal.

Gerbang neuron bisa menutup dan membuka dengan berbagai tingkatan sehingga dapat lebih sedikit atau banyak impuls nyeri yang melewati untuk dihantarkan ke otak. Apabila gerbang diblok oleh berbagai faktor maka persepsi nyeri dapat berkurang atau hilang. Faktor penyebab gerbang di blok adalah saraf asenden dari otak melewati eferen pathway di spinal cord.

Metode yang dilakukan adalah dengan melakukan kompres dingin terhadap pasien post hemoroidektomi yang masih terpasang tampon. Kompres dingin ditempatkan pada leher bagian belakang (tengkuk). Tindakan dilakukan 1x sehari diberikan pada post operasi 6 – 24 jam. Pemberian tindakan dilakukan selama selama 15 menit.

Aromaterapi adalah salah satu bagian dari pengobatan alternatif yang menggunakan bahan cairan tanaman yang mudah menguap, dikenal dengan minyak esensial dan senyawa aromatik yang dapat mempengaruhi jiwa, emosi, dan fungsi kognitif dan Kesehatan seseorang (Nurghiwiati, 2015).

Bunga Lavender yang digunakan sebagai aromaterapi memiliki kandungan linalool. Linalool adalah kandungan aktif utama yang berperan pada anti cemas (relaksasi) pada Lavender wangi yang dihasilkan bunga lavender akan menstimulus talamus untuk mengeluarkan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami. Enkefalin merupakan neuromodulator yang berfungsi untuk menghambat nyeri fisiologis (AP Dewi, 2013).

Aromaterapi Lavender dibandingkan dengan aromaterapi yang lain mempunyai keunggulan pada tingkat kecemasan dan rasa sakit, sebuah studi yang dilakukan oleh institut nasional di jepang menunjukkan bahwa senyawa linalool yang ditemukan pada minyak lavender menunjukkan efek anti cemas dan anti nyeri (Sulaksono, 2013).

Aromaterapi Lavender yang di hirup akan membuat molekul-molekul atsiri dalam minyak tersebut akan terbawah oleh turbulen ke langit-langit hidung. Pada langit-langit hidung terdapat bulu-bulu halus (silia) yang menjulur dari sel-sel reseptor kedalam saluran hidung. Saat molekul minyak terkunci pada bulu-bulu ini, suatu pesan elektromagnetik (implus) akan

ditransmisikan lewat bulbus olfaktorius dan traktus olfaktorius kedalam sistem limbik. Proses ini akan memicu respon memori dan emosional yang lewat hipotalamus yang bekerja sebagai pemancar serta legulator menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak yang lain dan badan - badan tubuh yang lainnya. Pesannya diterima akan diubah menjadi kerja sehingga terjadi pelepasan zat-zat neurokimia yang bersifat euforik, relaksan, sedatif atau stimulan menurut keperluannya sehingga aliran darah ke uterus meningkat, oksigen meningkat dan kontraksi uterus baik (Andriani, R, 2022).

Metode yang dilakukan adalah dengan melakukan kompres dingin dan pemberian aromaterapi lavender terhadap pasien post Hemoroidektomi yang masih terpasang tampon. Tindakan dilakukan 2x sehari diberikan pada post operasi 6 – 24 jam dengan jeda waktu 2 jam. Pemberian tindakan dilakukan selama selama 15 menit.

G. Analisis Jurnal

Tabel 2.2 Analisis Jurnal

| No | Judul Artikel : Penulis, Tahun | Metode (Desain,Sample,Variabel) | Hasil Penelitian |
|----|---|---|---|
| 1 | Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Melalui Tindakan Pemberian Kompres Dingin Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan (Septiani dkk., 2023) | Desain: <i>Study case</i> pendekatan asuhan keperawatan Sampel: 2 pasien fraktur tertutup Variabel : Kompres dingin, aman nyaman | Hasil studi kasus menunjukkan bahwa sebelum dilakukan kompres dingin pada kedua pasien fraktur tertutup dengan skala nyeri 6, setelah dilakukan pemberian kompres dingin/es dengan suhu 15 ⁰ C selama 10 menit nyeri pasien menurun menjadi skala nyeri 3. |
| 2 | <i>Evidence Based Case Report</i> (EBCR): Pengaruh Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif (Sari & Farhati, 2022) | Desain: <i>Study case</i> Sampel: 1 pasien persalinan Variabel : Kompres dingin, nyeri | Intervensi dilakukan dengan menerapkan kompres dingin pada ibu selama 10 menit dan diulangi tiap 30 menit sebanyak 7x sesi. laporan dari penilaian nyeri yang dirasakan ibu menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan penurunan 2 skala. |

| No | Judul Artikel : Penulis, Tahun | Metode (Desain,Sample,Variabel) | Hasil Penelitian |
|----|---|---|---|
| 3 | Tinjauan Literatur : Penerapan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Nyeri Dan Hematoma Pada Pasien Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI) (Baidhowy, 2021) | Desain: <i>Literature review</i> Sampel: 5 jurnal Variabel : Kompres dingin, nyeri | Hasilnya terdapat 5 artikel yang masuk dalam analisa untuk dilakukan tinjauan literature. Artikel-artikel tersebut menjelaskan efektifitas pemberian kompres dingin pada pasien post PCI dengan cara efek fisiologisnya seperti vasokonstriksi pembuluh darah, memperlambat metabolisme jaringan, peningkatan viskositas darah, dan sebagai anestesi local. |
| 4 | Penerapan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Nyeri Pemasangan Infus Anak dengan Typoid (Maruanaya dkk., 2020) | Desain: Penelitian deskriptif dengan metode studi kasus dalam bentuk rancangan <i>one grup pretest posttest</i> Sampel: 2 pasien anak dengan demam tifoid Variabel : Kompres dingin, nyeri | Pasien dengan skala nyeri 7 – 10 (nyeri berat), dapat berkomunikasi secara verbal dan non verbal, usia 6 – 13 tahun, anak yang bersedia menjadi responden. Hasil studi menunjukkan bahwa ada perubahan tingkat nyeri pemasangan infus yang awalnya nyeri berat menjadi nyeri sedang setelah pemberian kompres dingin selama 3 hari sehingga diharapkan keluarga pasien dapat melakukan tindakan kompres dingin untuk mengurangi nyeri pemasangan infus pada anak. |
| 5 | Pengaruh Inovasi Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea : Metode <i>Literature Review</i> (Mulyadi, 2021) | Desain : <i>Literature Review</i> Sampel : 10 jurnal dengan 5 (nasional) 5 (internasional) untuk direview. Variabel : Aromaterapi lavender, nyeri | Dalam 10 jurnal di atas didapatkan rata-rata penerapan pemberian aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri berpengaruh pada pasien post <i>sectio caesarea</i> Kesimpulan : Berdasarkan hasil telaah pada 10 jurnal penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh aromaterapi lavender terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien yang telah melakukan <i>Sectio Caesarea</i> . |

| No | Judul Artikel : Penulis, Tahun | Metode (Desain,Sample,Variabel) | Hasil Penelitian |
|----|---|--|--|
| 6 | Penurunan Nyeri Post <i>Sectio Caesarea</i> Menggunakan Aroma Terapi Lavender di Rumah Sakit Permata Medika Ngaliyan Semarang (Rahmayani & Machmudah, 2021) | Desain : <i>Study case.</i> Sampel : Pasien post operasi Variabel : Aromaterapi lavender, nyeri post operasi | Hasil studi menunjukkan bahwa ada penurunan intensitas nyeri setelah pemberian inhalasi aromaterapi lavender. Mekanisme terapi aromaterapi lavender dapat menurunkan nyeri post SC dimana aromaterapi lavender mengandung linalyl asetat dan linalool (C10H18O) dimana linalyl asetat berfungsi dapat melonggarkan system kerja saraf otot yang sedang dalam kondisi tegang dan linalool memiliki manfaat sebagai efek relaksasi dan sedative, sehingga ketika minyak esensial terhirup, sel-sel reseptor penciuman dirangsang dan impuls ditransmisikan ke pusat emosional otak |
| 7 | Penerapan Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post <i>Sectio Caesarea</i> Di RSUD Kardinah Tegal (Shidiqqiyah & Utami, 2023) | Desain : <i>Study case.</i> Subjek : Pasien post SC. Variabel : Aromaterapi Lavender, Nyeri Post SC. | Setelah menerima aromaterapi lavender, temuan penelitian berubah dari skala 7 menjadi 3. Temuan penelitian menunjukkan bahwa penggunaan aromaterapi lavender dapat membantu pasien mengurangi rasa tidak nyamannya. |
| 8 | Penggunaan Aromaterapi Untuk Nyeri Pada Pasien Medikal-Bedah Di Indonesia: Sebuah Tinjauan Integratif (Langigi, 2022) | Desain : <i>Study literature.</i> Subjek : 6 artikel memenuhi kriteria “tinggi” oleh <i>QualSyst tool.</i> Variabel : Aromaterapi, nyeri. | Umumnya aromaterapi diberikan melalui administrasi inhalasi. Secara umum, ditemukan aromaterapi efektif menurunkan nyeri pada pasien medikal bedah. Perawat dapat mempertimbangkan penggunaan aromaterapi lemon dan lavender untuk manajemen nyeri. Bagi manajemen Rumah Sakit untuk dapat mempertimbangkan penggunaan aromaterapi ini karena terbukti efektif dengan efek samping minimal dan rendah biaya. |