

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri

1. Konsep Dasar Nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjeskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Wahid Iqbal Mubarak dkk, 2015). Nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat subjektif dan personal. Nyeri merupakan suatu pengalaman yang melelahkan dan membutuhkan energi. Nyeri juga dapat mengganggu hubungan personal dan dapat mempengaruhi makna hidup. Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks yang hanya mencangkup beberapa aspek seperti, aspek positif, emosional, dan kognitif. Sedangkan stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu hal yang bersifat fisik/mental yang terjadi secara alami (Diah Nur Fitriani dkk, 2010).

2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri adalah alur yang menyebabkan terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang dapat terjadi didalam tubuh, dan dapat melibatkan fungsi organ tubuh, terutama pada bagian saraf pusat yang menjadi reseptor rasa nyeri. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang memiliki fungsi sebagai penerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang memiliki peran sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang dapat berespon hanya terhadap stimulus yang kuat dan secara potensial dapat merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor. Secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada juga yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf perifer. Lalu berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan, dalam beberapa bagian tubuh yaitu terletak pada kulit (cutaneus), somatik dalam (deep somatic), dan terletak pada daerah viseral. Karena letaknya yang berbeda-beda maka nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

Menurut Potter dan Perry (2006) dalam wahit Iqbal Mubarraq, dkk (2015), menyebutkan ada terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri berkerja dengan cara mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis, yang kemudian melalui salah satu dari beberapa rute saraf, dan pada akhirnya sampai di dalam masa yang berwarna abu-abu di dalam medula spinalis. Terdapat juga pesan nyeri yang dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak dapat menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi mengenai tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri.

Efek fisiologi kompres hangat :

1) Vasodilatasi

Vasodilatasi, meningkatkan aliran darah ke bagian tubuh yang mengalami cedera, meningkatkan pengiriman nutrisi dan pembuangan zat sisa, mengurangi kongesti vena di dalam jaringan yang mengalami cedera.

2) Meningkatkan permeabilitas kapiler

Permeabilitas kapiler meningkat, meningkatkan pergerakan zat sisa dan nutrisi.

3) Meningkatkan metabolisme seluler

Metabolisme jaringan meningkat, meningkatkan aliran darah, memberi rasa hangat lokal.

4) Merelaksasikan otot

Ketegangan otot menurun, meningkatkan relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan.

5) Meningkatkan aliran darah ke suatu area

Viskositas darah menurun, meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotik ke daerah luka.

3. Jenis Jenis Nyeri

Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri pada saat berlangsung seperti (akut atau kronis) atau bisa juga dikategorikan dengan kondisi patologis yaitu kanker atau neuprotik.

a. Jenis-jenis nyeri

Terdapat 3 jenis nyeri yaitu:

1) Nyeri perifer

Nyeri perifer dibagi menjadi 3 macam yaitu:

a) Nyeri superfisial

Nyeri superfisial rasa nyeri yang muncul karena akibat dari rangsangan dari kulit dan mukosa. Nyeri visceral yaitu rasa nyeri I yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri yang terjadi di rongga abdomen, kranium, dan toraks. Nyeri alih yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab yang menimbulkan nyeri.

b) Nyeri sentral

Nyeri sentral merupakan nyeri yang muncul akibat adanya stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

c) Nyeri psikogenik

Nyeri ini merupakan nyeri yang belum diketahui apa penyebab fisiknya. Nyeri ini timbul karena pikiran para penderita sendiri. Biasanya nyeri ini sering terjadi karena faktor psikologis, bukan dari faktor fisiologis.

b. Bentuk nyeri

Secara umum nyeri dibagi menjadi beberapa bentuk, yaitu:

1) Nyeri akut

Nyeri akut biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awal gejala pada nyeri akut yaitu mendadak dan biasanya penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut juga ditandai dengan meningkatnya tegangan otot dan kecemasan yang mengakibatkan

keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Wahid Iqbal Mubaraq et al 2015).

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis biasanya terjadi lebih dari enam bulan. Sumber nyeri yang terjadi bisa diketahui bisa juga tidak. Pada nyeri kronis nyeri terkadang hilang dan timbul dalam periode tertentu dan biasanya tidak dapat untuk di sembuhkan. Pada nyeri kronis penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukan lokasinya. Biasanya dampak pada nyeri kronis ini penderita lebih mudah dan tersinggung dan sering mengalami insomnia. (Diah Nur Fitriani, et al 2010).

4. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Rasa nyeri merupakan suatu hal yang bersifat kompleks, mencakup pengaruh fisiologis, spiritual, sosial, psikologis, dan budaya. Oleh karena itu, maka pengalaman nyeri setiap masing-masing individu akan berbeda.

a. Etnik dan nilai budaya

Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Latar belakang etnik & budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri.

Contoh : ada seorang individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan pada setiap seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Seperti contoh, pada anak-anak kurang mampu dalam mengekspresikan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan dengan orang dewasa, dan dalam hal ini dapat menghambat penanganan dalam nyeri untuk mereka.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan suatu tempat dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat merupakan salah satu faktor paling penting yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri seseorang. Contoh: individu yang sendirian tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, akan cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekatnya.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga sangat berpengaruh terhadap persepsi nyeri pada individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya akan cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

e. Ansietas dan stres

Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya juga akan memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan maka akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

f. Jenis kelamin

Di Indonesia terdapat beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin bahwa setiap anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun, secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam merespon terhadap nyeri.

g. Makna nyeri

Setiap individu akan memiliki nyeri yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan

tantangan. Maka makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

5. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Intensitas Nyeri

Menurut Potter & Perry (2006) dalam (Nisniritya, 2021) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Dalam pengkajian intensitas nyeri perawat akan meminta pasien untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal. Misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri, atau dengan membuat skala nyeri yang bersifat kualitatif menjadi bersifat kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10, yang bermakna 0 = tidak nyeri dan 10 = nyeri sangat hebat (Judha, et al. 2012)

Menurut Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020) dalam Oktarina, (2021), terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yaitu :

1) *Numerical Rating Scale* (NRS)

Skala penilaian numerik (Numeric rating scale, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien akan menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang sangat hebat. Skala ini paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2010 dalam (Masitoh, 2021).



Gambar 2.1 : Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber : Kozier, Erb, Berman & Snyder

Keterangan :

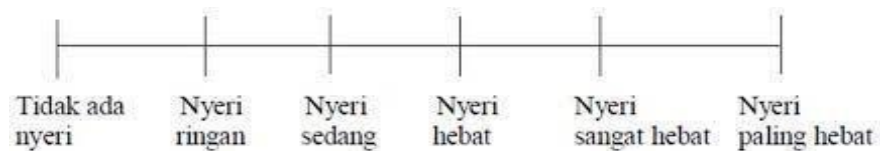
Tabel 2.1 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10

Skala	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada rasa sakit dan merasa normal
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti suntikan oleh dokter
4	Nyeri yang dalam, dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
5	Rasa nyeri yang menusuk, tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit, seperti kaki terkilir
6	Rasa nyeri dalam dan menusuk, tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bias bekerja
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselanghi istirahat/tidur anda masih bisa bekerja
8	Nyeri akut dan lama, beberapa aktivitas fisik terbatas. Anda masih bisa membaca dan berbicara dengan usaha. Merasakan mual dan pusing kepala/pening
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang, dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, mengigau
10	Tidak sadarkan diri/pingsan

2) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau Skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan

bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2.2 Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber : Potter & Perry 2006

3) *Visual Analog Scale (VAS)*

Skala analog visual (visual analog scale, VAS), merupakan suatu garis lurus dengan 10 cm, mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik padarangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Ujung kiri menandakan “tidak terasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang tidak tertahankan”. Untuk mendapatkan hasil, pasien diminta untuk membuat garis atau tanda pada garis 10 cm tersebut dan jarak yang dibuat oleh pasien diukur dengan menggunakan penggaris dan ditulis dalam satuan sentimeter (Potter & Perry, 2010) dalam (Masitoh, 2021).

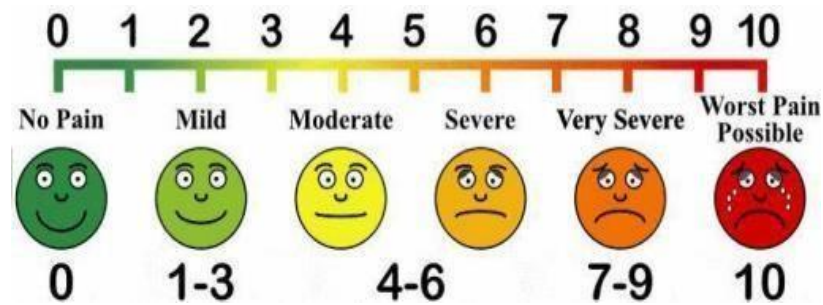


Gambar 2.3 : Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : Potter & Perry 2010

4) *Faces Pain Scale (FPRS)*

kala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker Faces Pain Rating Scale. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.



Gambar 2.4 : Faces Pain Scale (FPRS)

- b. SOP Pengukuran Skala Nyeri Persiapan pasien dan lingkungan pasien
- 1) Beritahu pasien tindakan yang akan dilakukan, beri posisi yang nyaman.
 - 2) Identifikasi pasien.
 - 3) Jelaskan prosedur pengukuran skala nyeri pada pasien.
 - 4) Jelaskan pada pasien tentang skala nyeri :
 - 5) 0 = tidak nyeri, tidak ada keluhan nyeri.
 - 6) 1-3 = nyeri ringan, ada rasa nyeri, mulai terasa dan masih dapat ditahan.
 - 7) 4-6 = nyeri sedang, ada rasa nyeri, terasa mengganggu dengan usaha yang cukup untuk menahannya .
 - 8) 7-10 = nyeri berat, ada nyeri, terasa sangat mengganggu/tidak tertahankan sehingga harus meringis, menjerit bahkan berteriak.
 - 9) Kaji pengalaman nyeri pasien yang terdahulu Kaji skala nyeri pasien dengan meminta pasien untuk menandai angka yang terdapat pada Numerical Rating Scale yang sesuai dengan nyeri yang dialami pasien saat itu.
 - 10) Dokumentasikan hasil pengukuran skala nyeri pasien.

6. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, meliputi tindakan farmakologis dan tindakan non farmakologis.

a. Terapi Farmakologis

- 1) Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Ada tiga jenis analgesi, yakni: non narkotik dan obat anti inflamasi (NSAID), analgesic narkotik atau opiate, obat tambahan atau koanalgesik (Zakiyah, 2015).
- 2) Antipiretik, pengobatan serangan akut dengan Colchicine 0,6 mg (pemberian oral), Colchicine 1,0 – 3,000 mg (dalam NaCl intravena) tiap 8 jam sekali untuk mencegah fagositosis dari Kristal asam urat oleh netrofil sampai nyeri berkurang, Phenilbutazone, Indomethacin, Allopurinol untuk menekan atau mengontrol tingkat asam urat dan mencegah serangan (Zakiyah, 2015).

b. Terapi Non-Farmakologis

1) Pemberian Kompres hangat dan dingin

Kompres dingin dan hangat dapat dijadikan salah satu strategi untuk menurunkan nyeri yang efektif pada beberapa kondisi, terapi kompres dingin dan panas bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (*non – nosiseptor*) dalam reseptor yang sama seperti pada cedera. Area pemberian kompres hangat dan dingin dapat menimbulkan respons sistemik dan respons lokal. Stimulasi ini mengirimkan impuls- impuls dari perifer ke hipotalamus yang kemudian menjadi sensasi temperature tubuh secara normal. Pada saat pemberian terapi ini, perawat harus memahami respons tubuh terhadap variasi temperature lokal, dan integritas bagian tubuh. Kemampuan klien terhadap sensasi temperature bervariasi dan hal ini dapat mempengaruhi jalannya tindakan dengan baik. Tubuh manusia dapat menoleransi variasi temperature yang luas. Temperatur permukaan kulit yang normal 34°C, tetapi temperatur penerima biasanya beradaptasi dengan cepat ke temperatur lokal melebihi batas tertentu.

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang

menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rashesakit, merangsang peristaltik usus, pengeluaran getah radang menjadi lancar, serta memberikan ketenangan dan kenyamanan pada klien. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kekejangan otot, perut kembung, dan pada saat kedinginan. Kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberi efek rasa dingin pada daerah tersebut. Tujuan diberikan kompres dingin adalah menghilangkan rasa nyeri akibat edema atau trauma, mencegah kongesti kepala, memperlambat denyutan jantung, mempersempit pembuluh darah, dan mengurangi arus darah lokal. Tempat yang diberikan kompres dingin tergantung lokasinya dan selama pemberian kompres, kulit klien diperiksa setelah 5 menit pemberian, jika dapat ditoleransi oleh kulit diberikan selama 20 menit. Namun pemberian terapi ini tidak dianjurkan bagi klien yang mempunyai alergi dingin (Zakiyah, 2015).

2) *Massage*

Massage adalah melakukan tindakan dengan menggunakan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi yang ditunjukkan untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau memperbaiki sirkulasi. Beberapa macam *massage* yang dapat dilakukan untuk merangsang saraf berdiameter besar (serabut beta A), antara lain sebagai berikut (Zakiyah, 2015):

a) *Effleurage*, yaitu teknik *massage* di mana pasien dalam posisi setengah duduk, lalu letakkan kedua telapak tangan pada perut dan secara bersamaan digerakkan melingkar dari arah pusat ke simfisis atau dapat juga menggunakan satu telapak tangan dengan gerakan melingkar atau satu arah. Cara ini dapat

dilakukan sendiri oleh pasien.

- b) *Deep Back Massage*, yaitu teknik *massage* di mana pasien dalam posisi setengah duduk, lalu letakkan kedua telapak tangan pada perut dan secara bersamaan digerakkan melingkar dari arah pusat ke simfisis atau dapat juga menggunakan satu telapak tangan dengan gerakan melingkar atau satu arah. Cara ini dapat dilakukan sendiri oleh pasien.
 - c) *Firm Counter Pressure*, yaitu pasien dalam posisi duduk kemudian perawat atau keluarga pasien menekan sacrum secara bergantian dengan tangan yang dikepalkan secara bergantian.
 - d) *Abdominalis Lifting*, yaitu dengan cara membaringkan pasien pada posisi telentang dengan posisi kepala agak tinggi. Letakkan kedua telapak tangan pada pinggang belakang pasien, kemudian secara bersamaan lakukan usapan yang berlawanan kearah puncak perut tanpa menekan kearah dalam, kemudian ulang lagi, begitu seterusnya (Zakiyah, 2015).
- 3) Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain dari pada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulasi nyeri, jika seseorang menerima inputsensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Peredaan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif klien, banyaknya modalitas sensori yang digunakan dan minat klien dalam stimulasi. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasisatu indra saja.

Jenis-jenis Distraksi:

a) Distraksi Visual

Distraksi visual meliputi melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, serta melihat pemandangan dan gambar (Zakiyah, 2015).

b) Distraksi Pendengaran

Distraksi pendengaran dapat dilakukan dengan cara mendengarkan musik yang disukai atau suara burung serta gemericik air, klien dianjurkan untuk memilih music yang disukai dan music tenang seperti musik klasik. Klien diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien juga diperbolehkan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu seperti bergoyang, mengetukkan jari atau kaki.

c) Distraksi Pernapasan

Bernapas ritmik, klien dianjurkan untuk fokus memandang pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan satu sampai empat dan kemudian menghembuskan napas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung satu sampai empat (dalam hati). Anjurkan klien untuk berkonsentrasi pada sensasi pernapasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, lanjutkan teknik ini hingga terbentuk pola pernapasan ritmik. Bernapas ritmik dan masase, instruksikan klien untuk melakukan pernapasan ritmik dan pada saat yang bersamaan lakukan masase pada bagian tubuh yang mengalami nyeri dengan melakukan gerakan memutar di area nyeri.

d) Distraksi Intelektual

Mengisi teka-teki silang, bermain kartu, melakukan kegemaran (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menulis cerita merupakan beberapa contoh distraksi intelektual (Zakiyah, 2015).

4) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode relaksasi digunakan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga didapatkan penurunan denyut jantung, penurunan ketegangan otot. Contoh tindakan relaksasi yang dapat dilakukan untuk menurunkan nyeri adalah napas dalam dan relaksasi otot. Berikut prosedur napas dalam dan relaksasi otot yang dapat diajarkan pada klien (Zakiyah, 2015):

a) Napas Dalam

- (1) Anjurkan pasien untuk duduk rileks
- (2) Anjurkan pasien untuk Tarik napas dalam dengan pelan
- (3) Tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan lewat bibir) saat menghembuskan udara anjurkan pasien untuk merasakan relaksasi

b) Relaksasi Otot

- (1) Anjurkan pasien untuk mengepalkan tangan dan mintalah pasien merasakan, biarkan ketegangan beberapa detik
- (2) Minta pasien untuk melepaskan kepalan, dan relaks
- (3) Lanjutkan tindakan yang sama pada beberapa otot (lengan, bahu, muka, kaki)
- (4) Latihan relaksasi progresif merupakan kombinasi latihan pernapasan dan rangkaian kontraksi dan relaksasi kelompok otot. Saat klien melakukan relaksasi pernapasan dalam dengan diafragma dengan teratur, perawat mengarahkan klien untuk melokalisasi daerah yang mengalami ketegangan otot, merasakannya, menegangkan otot tersebut, kemudian mengendorkannya sepenuhnya, secara bertahap klien akan merealisasikan otot tanpa harus menegangkannya terlebih dahulu.

Macam-macam relaksasi, antara lain:

(a) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah kegiatan klien membayangkan hal-hal yang menyenangkan dan mendemonstrasikan diri pada bayangan tersebut serta berangsur-angsur membebaskan diri dari perhatian terhadap nyeri. Imajinasi terbimbing atau imajinasi mental merupakan suatu teknik untuk mengkaji kekuatan pikiran saat sadar maupun tidak sadar untuk menciptakan bayangan gambar yang membawa ketenangan dan keheningan (Zakiah, 2015).

(b) Genggam jari

Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Teknik ini dilakukan dengan cara menggenggam jari sambil menarik napas dalam-dalam (relaksasi) sehingga dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghentikan titik-titik keluar dan masuk energi pada meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita. Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat menggenggam. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima dan diproses dengan cepat oleh otak, lalu diteruskan menuju saraf organ tubuh yang mengalami lacer lacer (Zakiah, 2015).

(c) *Reframing*

Reframing merupakan teknik yang mengajarkan tentang cara memonitor atau mengawasi pikiran negatif dan menggantinya dengan salah satu pikiran yang lebih positif. Mengajarkan klien yang memandang nyeri

dengan ekspresi negatif. “Saya tidak kuat menahan rasa nyeri ini, rasa nyeri ini tidak pernah berakhir” untuk mengganti persepsinya (*reframing*) menjadi “Saya pernah merasakan nyeri ini sebelumnya, dan nyeri ini akan membaik (berkurang)”.

(d) *Hipnotis*

Hipnotis menurut *Society for Psychologic Hypnosis*, yaitu: “Hipnotis adalah teknik terapi di mana klinis (ahli psikologi, dokter, perawat, dsb), membuat saran atau sugesti kepada individu yang telah menjalani prosedur yang dirancang agar santai dan berfokus pada pikiran mereka”.

Menurut (Zakiyah, 2015), *hipnotis* dapat membuat kondisi yang sangat santai, konsentrasi batin dan perhatian terfokus pada diri pasien. *Hipnotis* juga dapat disesuaikan dengan metode pengobatan yang berbeda, seperti terapi kognitif-perilaku. Pasien yang dihipnotis juga dapat lebih berdayakan dengan belajar teknik *menghipnotis* diri (*self hypnotis*) di rumah untuk mengurangi rasa sakit yang di deritanya, meningkatkan kualitas tidur, serta mengurangi beberapa gejala seperti depresi dan kecemasan.

(e) *Biofeedback*

Merupakan metode elektronik yang mengukur respon fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot, atau temperature kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut ke klien. Kebanyakan alat biofeedback terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah unit amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respon stress dan

menggantikannya dengan respon relaksasi (Zakiyah, 2015).

(f) Plasebo

Plasebo adalah bahan-bahan tanpa sifat farmakologis, misalnya gula atau pil palsu yang biasanya digunakan secara luas sebagai kontrol dalam eksperimen untuk menguji efek sebuah obat. Cara kerja plasebo masih kontroversial, tetapi secara umum orang percaya bahwa psikologi manusia mempengaruhi kondisi fisiologis.

Salah satu penjelasan untuk mekanisme plasebo dalam kasus nyeri adalah bahwa obat yang asli diharapkan merangsang pelepasan bahan kimia mirip opium dari otak yang berfungsi meredakan nyeri. Sebuah studi menemukan bahwa rasa nyeri berkurang kendati yang diminum sebetulnya plasebo karena klien percaya bahwa yang mereka minum adalah obat yang sesungguhnya, akan tetapi efek itu menghilang begitu klien diberi obat yang berfungsi menetralkan pengaruh efek kimia mirip opium tadi (Zakiyah, 2015).

c) Stimulus Kulit

Stimulasi kulit, dapat dilakukan dengan cara pemberian kompres dingin, kompres hangat atau panas, *massage* dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS). Kompres dingin dapat memperlambat impuls-impuls motorik menuju otot-otot pada area nyeri. Kompres dingin dan hangat dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan (Zakiyah, 2015).

B. Kompres Hangat

1. Konsep Kompres Hangat

Kompres hangat adalah pengompresan yang dilakukan dengan menggunakan buli-buli panas yang di bungkus kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot (Potter & Perry 2005). Kompres hangat adalah tindakan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan (Yulita, 2015).

2. Manfaat Kompres Hangat

Kompres hangat yang diberikan di area abdomen dapat memperlancar sirkulasi darah dan merangsang peregangan otot abdomen (Kozier, 2011). Menurut Black & Hawks, 2014 (dalam Budi Kristanto) pemberian buli-buli hangat pada area abdomen dapat merelaksasi dan meregangkan dinding saluran gastrointestinal. Karena diberikan langsung pada dinding abdomen sehingga efek yang ditimbulkan langsung ke dinding saluran gastrointestinal. Peregangan pada saluran gastrointestinal menyebabkan efek kontraksi, akibatnya otot polos yang berada lebih distal akan relaksasi dan memungkinkan memicu gelombang peristaltik usus. Menurut Kozier, (2009) dalam Utami, (2015) kompres hangat dapat digunakan secara luas dalam pengobatan karena memiliki efek dan manfaat yang besar. Berikut manfaat efek kompres hangat :

a. Efek fisik

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

b. Efek kimia

Menurut Van Hoff (dalam Gabriel, 2009) rata-rata kecepatan reaksi kimia di dalam tubuh tergantung pada temperature. Menurunnya reaksi kimia tubuh seiring dengan menurunnya temperature tubuh.

c. Efek biologis

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

3. Rekomendasi suhu untuk kompres

Berikut suhu yang direkomendasikan untuk kompres menurut Koziar, 2009 :

Tabel 2.2 Rekomendasi Suhu Untuk Kompres

Deskripsi	Suhu	Aplikasi
Sangat dingin	<15 °C	Kompres Es
Dingin	15-18 °C	Kemasan Pendingin
Sejuk	18-27 °C	Kompres Dingin
Hangat Kuku	27-37 °C	Mandi spons – alkohol
Hangat	37-40 °C	Mandi dengan air hangat ,bantalan akuatermia,botol air panas
Sangat Hangat	40-46 °C	Berendam dalam air panas, irigasi, kompres panas

4. Prosedur kompres hangat

- 1) Siapkan buli-buli untuk diisi air
- 2) Suhu air 40-46°C untuk melakukan kompres
- 3) Isi 2/3 buli-buli dengan air panas
- 4) Keluarkan udara yang tersisa dan tutup rapat-rapat ujungnya
- 5) Keringkan buli-buli dan pegang buli-buli secara terbalik untuk memeriksa kebocoran
- 6) Bungkus buli-buli dengan handuk atau penutup dan tempatkan pada daerah sekitar luka operasi
- 7) Angkat setelah 15 menit

- 8) Catat respons klien selama tindakan, serta kondisi area-area yang dikompres
- 10) Cuci tangan setelah seluruh prosedur dilaksanakan (Nafisa, 2013)

5. Indikasi dan Kontraindikasi Kompres Hangat

Pasca operasi laparotomi, anestesi yang diberikan kepada pasien dapat memperlambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan mual. Normalnya, selama tahap pemulihan segera setelah operasi, bising usus terdengar lemah atau hilang di keempat kuadran. Kehilangan peristaltik normal selama 24 sampai 48 jam, tergantung pada jenis dan lamanya pembedahan karena anestesi memberikan hambatan terhadap rangsangan saraf untuk terjadinya peristaltik sehingga memberikan beberapa dampak antara lain seperti distensi abdomen (kembung atau nyeri), bahkan ileus paralitik. Spesifikasi kompres hangat yang baik saat menurunkan nyeri umumnya meliputi suhu yang tepat yaitu 40-46°C dan waktu penggunaannya selama 15 menit. Pada pasien yang baru menjalani laparotomi, distensi bisa juga terjadi jika pasien mengalami perdarahan internal dan mengalami ileus paralitik akibat operasi pada bagian usus. Perasaan kurang nyaman pada perut juga akan menyebabkan anoreksia (nafsu makan menurun), jika hal ini terjadi maka asupan nutrisi bagi pasien tidak tercukupi (Potter & Perry, 2010).

Untuk memastikan bahwa kompres hangat dapat diberikan secara aman pada pasien post laparotomi dengan peritonitis, ada beberapa syarat yang perlu dipertimbangkan (Potter & Perry, 2010):

1. Kondisi Stabil: Pastikan bahwa kondisi umum pasien stabil dan tidak dalam keadaan kritis. Pemberian kompres hangat sebaiknya tidak mengganggu proses pemulihan lebih lanjut.
2. Saran Medis: Selalu ikuti rekomendasi dan arahan dari tim medis yang merawat. Dokter akan menilai kondisi pasien secara menyeluruh dan memberikan persetujuan jika kompres hangat aman untuk diberikan.
3. Area yang Tepat: Pastikan kompres hangat hanya diberikan pada area yang tidak terkait langsung dengan luka operasi atau area peritonitis.

Misalnya, kompres hangat dapat diterapkan pada bagian perut yang tidak terkena luka operasi untuk mengatasi flatus atau kembung.

4. Pemilihan Suhu yang Tepat: Gunakan kompres hangat dengan suhu yang sesuai dan tidak terlalu panas. Suhu yang terlalu tinggi dapat membahayakan kulit atau jaringan yang sensitif setelah operasi.
5. Pantau Respons Pasien: Pantau respons pasien terhadap penggunaan kompres hangat. Jika ada tanda-tanda tidak nyaman atau perubahan dalam kondisi pasien, segera hentikan penggunaan kompres hangat dan konsultasikan dengan tim medis.

Dengan memperhatikan semua syarat ini dan berkoordinasi dengan tim medis yang merawat, penggunaan kompres hangat dapat dilakukan dengan aman untuk membantu mengatasi beberapa gejala seperti flatus atau kembung pada pasien post laparatomi dengan peritonitis.

Pemberian kompres hangat pada area operasi disekitar abdomen akan memicu percepatan kembalinya fungsi gastrointestinal seperti peristaltik usus pada pasien laparatomi akan sangat bermanfaat dalam proses pemulihan pasien, dimana ileus post operasi dapat dihindari dan intake oral akan menjadi adekuat, sehingga berespon positif terhadap pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien, mempercepat proses pemulihannya dan menghindari pasien dari masalah-masalah pasca operasi. Beberapa strategi dan intervensi telah diuji untuk mencegah ileus post operasi supaya peningkatan peristaltik usus pasien menjadi lebih baik, mulai dari farmakologis maupun non farmakologis seperti perubahan teknik bedah, perawatan suportif (Johson, Walsh, 2009), penggunaan obat pencahar, dan penggunaan teknik anestesi regional (Basse et al., 2001; Basse et al., 2005; 4 Bauer, Boeckxstaens, 2004; Mattei, Rombeau, 2006 dalam Zeleníková, R. et al, 2013).

Menurut Asmadi Hidayat (2015) kompres hangat memiliki indikasi dan kontra indikasi. Indikasi kompres hangat yaitu :

- a. Klien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah)
- b. Klien dengan perut kembung pasca prosedural pembedahan abdomen

- c. Klien yang mempunyai penyakit peradangan, seperti radang persendian
- d. Spasme otot
- e. Adanya abses atau hematoma

Sedangkan kontra indikasi kompres hangat yaitu :

- a. Trauma 12-24 jam pertama
- b. Perdarahan atau edema
- c. Gangguan vascular
- d. Pleuritis

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

1) Identitas pasien

Pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan

2) Persiapan umum

Persiapan informed consent dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan

b. Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang

diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

- 1) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif
- 2) Kebiasaan merokok, alkohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengkonsumsi alkohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis
- 3) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien. Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan P (Problem), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

c. Pengkajian Psiko Sosio Spiritual

Kecemasan praoperatif : bagian terpenting dari pengkajian kecemasan perioperatif adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan

- 1) Perasaan : pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya, tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan, atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga.
- 2) Konsep diri : pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat.
- 3) Citra diri : perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap terjadi akibat operasi. Reaksi individu berbeda-beda bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya
- 4) Sumber koping : perawat perioperative mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman pasien.

- 5) Kepercayaan spiritual : kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas.
- 6) Pengetahuan, persepsi, pemahaman : dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, pemahaman, pasien dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien.
- 7) *Informed consent* : suatu izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela oleh pasien sebelum suatu pembedahan dilakukan.

d. Pemeriksaan Fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan *head to toe* hingga pendekatan per sistem. Perawat dapat menyesuaikan konsep pendekatan pemeriksaan fisik dengan kebijakan prosedur yang digunakan institusi tempat ia bekerja. Pada pelaksanaannya, pemeriksaan yang dilakukan bisa mencakup sebagian atau seluruh system, bergantung pada banyaknya waktu yang tersedia dan kondisi pre operasi pasien. Focus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan klarifikasi dari hasil temuan saat melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan sistem tubuh yang akan dipengaruhi atau mempengaruhi respon pembedahan.

e. Pemeriksaan Diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

D. Konsep Laparatomi

Laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen (Sjamsuhidajat dan J. Win, 2010). Laparotomi merupakan pembedahan abdomen, membuka selaput abdomen dengan operasi yang dilakukan untuk memeriksa organ-organ abdomen dan membantu diagnosis masalah termasuk penyembuhan penyakit-penyakit pada bagian abdomen. Pembedahan itu memberikan efek nyeri pada pasien sehingga memerlukan penanganan khusus. Karena nyeri bersifat objektif jadi dalam menyikapi nyeri berbeda antara satu individu dengan individu lainnya (Andarmoyo, 2013).

1. Tujuan laparotomi

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparotomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013).

2. Indikasi laparotomi

Menurut Sjamsuhidajat & J. Win, (2010) indikasi dilakukannya laparatomi adalah:

a) Trauma abdomen (tumpul atau tajam)

Trauma abdomen diartikan sebagai kerusakan dalam struktur yang terletak di antara diafragma dan pelvis yang disebabkan oleh luka tumpul atau yang menusuk.

Trauma abdomen diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

- 1) Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang diakibatkan oleh luka tusuk dan luka tembak
- 2) Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi ke dalam rongga peritoneum) yang disebabkan oleh beberapa hal seperti pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (*sit-belt*)

b) *Peritonitis*

Peritonitis merupakan inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier.

1) *Peritonitis primer* dapat diakibatkan oleh *spontaneous bacterial peritonitis* (SBP) akibat penyakit hepar kronis.

2) *Peritonitis sekunder* disebabkan oleh *perforasi apendisitis*, *perforasi gaster* dan penyakit *ulkus duodenale*, *perforasi kolon* (paling sering *kolon sigmoid*).

3) Sementara proses pembedahan merupakan penyebab *peritonitis tersier*.

c) *Apendisitis* mengacu pada radang apendiks

Suatu tambahan seperti kantong yang tidak berfungsi terletak pada bagian *inferior* dari *sekum*. Penyebab yang paling umum dari *apendisitis* adalah obstruksi lumen oleh *feses* yang akhirnya merusak suplai aliran darah lalu mengikis mukosa mengakibatkan inflamasi.

d) Sumbatan pada usus halus dan usus besar

Obstruksi usus bisa diartikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoman dan perkembangan lambat. Sebagian besar dari obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa pelengketan (lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup ke dalam bagian lain yang ada di bawahnya akibat penyempitan lumen usus), *volvulus* (usus besar yang mempunyai *mesocolon* dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus

melalui area yang lemah dalam usus atau dinding otot abdomen) dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan dinding usus)(Purwandari, 2013).

3. Kontra Indikasi Laparatomi

Kontra indikasi laparatomi menurut (Jitowiyono and Kristiyanasari 2018) yaitu:

- a) Ventilasi paru tidak adekuat
- b) Terjadi gangguan kardiovaskuler
- c) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- d) Serta akan terjadinya gangguan rasa nyaman

4. Jenis-jenis laparotomi

Laparotomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan *obgyn*. Bedah Digestif: Herniotomi, gastrektomi, kolesistoduodenostomi, hepatektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi, dan fistulotomi. Bedah *Obgyn*: Berbagai jenis operasi pada uterus, operasi pada tuba fallopi, dan operasi ovarium, yang meliputi histerektomi, baik histerektomi total, radikal, eksenterasi pelvik, salpingooferektomi bilateral (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013)

E. Jurnal Terkait

Tabel 2.3 Jurnal Terkait

No	Judul	Peneliti	Populasi/ Sampel	Metode Penelitian	Hasil
1.	Kompres Hangat Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi (2022)	Tarisa Amelia Putri,dkk	Pasien Post Operasi Apendiktomi	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan. Dengan partisipan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi.	Hasil studi kasus setelah diberikan teknik non farmakologi kompres hangat pasien mengatakan nyeri menurun, sehingga intervensi yang diberikan memiliki perkembangan yang cukup signifikan terhadap penurunan nyeri.
2.	Efektifitas Terapi Non Farmakologi Teknik Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pasca Operasi Sectio Caesarea (2022)	Damayanti & Viva	Sampel penelitian terdiri dari 20 Responden.	Jenis penelitian: Kuantitatif Desain penelitian yang digunakan adalah pra eksperimen	Nyeri pasien post caesarea sebelum diberikan intervensi kompres hangat adalah dengan rerata skor 5 dan setelah diberikan kompres hangat dengan rerata skor 2. Ada pengaruh kompres hangat terhadap nyeri pasien post operasi caesarea dengan <i>p value</i> = 0,004 sectio caesarea.
3.	Efektivitas Foot Massage Dan Kompres Hangat Terhadap Nyeri Post Operasi Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Islam Klaten	Devi Permata Sari,dkk	Jumlah 330 pasien dengan menggunakan teknik sampling purposive sampling didapatkan sebanyak 20 orang. Analisa data menggunakan paired t=test, wilcoxon dan	Desain penelitian quasy eksperimen One group pre post test. Pengambilan sampel menggunakan consecutive sampling sebanyak 20 responden	Nyeri pasien post caesarea sebelum diberikan foot massage adalah dengan rata-rata skor 4,6 dan setelah diberikan intervensi foot massage adalah dengan skor 3,7. Nyeri pasien post caesarea sebelum diberikan intervensi kompres hangat adalah dengan rerata skor 5 dan setelah diberikan kompres hangat dengan

	(2019)		mann whitney.		rerata skor 2,80. Ada pengaruh foot masage terhadap nyeri pasien post operasi caesarea di RSI Klaten dengan <i>p value</i> = 0,029. Ada pengaruh kompres hangat terhadap nyeri pasien post operasi caesarea dengan <i>p value</i> = 0,004
4	Implementasi Teknik Penurunan Nyeri Menggunakan Metode Kompres Hangat Pada Pasien Post Sectio Caesarea (2023)	Agustari dkk	Jumlah peserta pengabdian kepada Masyarakat sebanyak 30 peserta terhadap pasien post section caesarea	Jenis penelitian Desain: studi Observasional	didapatkan hasil Kompres hangat durasi 15- 20 menit yang dilakukan >24 jam setelah operasi. Sebanyak 30 peserta terhadap pasien post laparatomi. Berdasarkan hasil implementasi kompres hangat dapat menurunkan nyeri dengan skala nyeri sebelum 7,46 dengan nilai standar deviasi 0,91 dan skala nyeri sesudah 5,03 dengan standar deviasi 1,28 dengan penurunan rata-rata yaitu 2,43.
5.	Pengaruh Terapi Kompres Hangat Dengan Aroma Jasmine Essential Oil Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sc Di Rs. Bhayangkara Tk Iii Kota Bengkulu (2019)	Haifa Wahyu,dkk	Sampel dalam penelitian ini berjumlah 15 pasien post operasi sectio caesarea yang sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh peneliti.	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan metode penelitian pre eksperimen, menggunakan rancangan one group pre test - post test design.	Hasil Penelitian didapatkan Hasil analisis univariat diperoleh intensitas nyeri pasien post SC sebelum dilakukan kompres hangat dengan aroma jasmine essential oil yaitu 15 orang (100%) responden mengalami nyeri sedang dengan rentang skala 4-6. Sedangkan intensitas nyeri pasien post SC sesudah dilakukan kompres hangat dengan jasmine essential oil yaitu 12 Orang (80,0%) responden mengalami nyeri ringan dengan rentang skala 1-3, dan 3 Orang (20,0%) responden dengan intensitas nyeri

					sedang dengan rentang skala 4-6. hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,001 berarti ada pengaruh antara penurunan skala nyeri antara sebelum dan sesudah diberikan kompres hangat dengan aroma jasmine essential oil (Haifa Wahyu, 2019).
--	--	--	--	--	---