

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Menua

2.1.1 Proses Menua

Menurut Lilik, M (2011) *ageing process* (proses menua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua merupakan proses yang terus menerus (berlanjut) secara alamiah, yang dimulai sejak lahir dan umumnya dialami oleh makhluk hidup.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu : anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan yang lambat, dan figur tubuh yang proposional (Nugroho, 2008: 11).

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/ mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2008: 11-12).

Dari pernyataan-pernyataan diatas penulis menyimpulkan bahwa menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga terjadi perubahan dan melemahnya sistem organ dalam tubuh. Kondisi ini dapat mempengaruhi kemandirian dan kesehatan lanjut usia.

2.1.2 Teori Proses Menua

Menurut Lilik, M (2011) teori penuaan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu teori penuaan secara biologi dan teori penuaan psikososial:

1. Teori Biologi

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

a. Teori Seluler

Kemampuan sel hanya dapat membelah dalam jumlah tertentu dan kebanyakan sel-sel tubuh “diprogram” untuk membelah 50 kali. Jika sebuah sel pada lansia dilepas dari tubuh dan dibiakkan dilaboratorium, lalu diobservasi, jumlah sel-sel yang akan membelah, jumlah sel yang akan membelah akan terlihat sedikit.

b. Teori “*Genetik Clock*”

Menurut teori ini menua telah diprogram secara genetik untuk spesies – spesies tertentu. Tiap spesies mempunyai inti sel yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak berputar, jadi menurut konsep ini bila jam kita berhenti itu akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang kronis.

c. Sintesis Protein (kolagen dan elastin)

Jaringan seperti kulit dan kartilago kehilangan elastisitasnya pada lansia. Proses kehilangan elastisitas ini dihubungkan dengan adanya perubahan kimia pada komponen protein dalam jaringan tersebut. Pada lansia beberapa protein (kolagen dan kartilago, dan elastin pada kulit) dibuat oleh tubuh dengan bentuk dan struktur yang berbeda dari protein yang lebih muda.

d. Keracunan Oksigen

Teori tentang adanya sejumlah penurunan kemampuan sel di dalam tubuh untuk mempertahankan diri dari oksigen yang mengandung zat racun dengan kadar yang tinggi, tanpa mekanisme pertahanan diri tertentu. Ketidak mampuan mempertahankan diri dari toksik tersebut membuat struktur membran sel mengalami perubahan serta terjadi kesalahan genetik.

e. Sistem Imun

Kemampuan sistem imun mengalami kemunduran pada masa penuaan. Walaupun demikian, kemunduran kemampuan sistem yang terdiri dari sistem limfatik dan khususnya sel darah putih, juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam proses penuaan.

f. Mutasi Somatik (Teori *Error Catastrophe*)

Sekarang sudah umum diketahui bahwa radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur, sebaliknya menghindari terkenanya radiasi atau tercemar zat kimia yang bersifat toksik akan membuat seseorang panjang umur. Menurut teori ini terjadinya mutasi yang regresif pada DNA sel somatik yang akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel.

g. Teori Menua Akibat Metabolisme

Menurut MC Kay et al (1935) yang dikutip Darmojo dan Martono, perpanjangan umur karena jumlah kalori disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme.

h. Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Radikal bebas (RB) dapat terbentuk dalam bebas, dan di dalam tubuh di fagosit (pecah), dan sebagai produk sampingan di dalam rantai pernafasan di dalam mitokondria. Makin lanjut usia makin banyak RB terbentuk sehingga proses pengrusakan

terus terjadi, kerusakan organ sel semakin banyak dan akhirnya sel mati.

2. Teori Psikologis

a. Aktivitas atau Kegiatan (Activity Theory)

Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

b. Kepribadian berlanjut (Continuity Theory)

Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe *personality* yang dimilikinya.

c. Teori pembebasan

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tapi pasti mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya.

d. Teori Sosial

Beberapa teori sosial yang berhubungan dengan proses penuaan yaitu:

1) Teori Interaksi Sosial

Teori ini menerangkan mengapa seorang lanjut usia bertindak berdasarkan sesuatu yang dihargai masyarakat. Kekuasaan dan prestasi pada orang lanjut usia berkurang sehingga mengakibatkan berkurangnya

juga interaksi sosial. Lansia masih mempertahankan harga diri dan ketaatan mengikuti perintah.

2) Teori Penarikan Diri

Teori ini menerangkan bahwa menurunnya status ekonomi yang dialami para lansia dan merosotnya status kesehatan menjadi penyebab penarikan diri dari pergaulan sehingga mempercepat proses penuaan.

3) Teori Aktifitas

Teori ini menjelaskan bahwa proses menua yang berhasil tergantung dari apakah lansia tersebut menyenangi dan menghargai aktifitas yang dilakukannya.

4) Teori Kesenambungan

Dalam teori ini dijelaskan bahwa dalam siklus kehidupan lansia terdapat kesinambungan. Kehidupan menjadi lansia mendatang, sangat ditentukan oleh pengalaman hidup saat ini. Hal ini terbukti bahwa perilaku, gaya hidup dan harapan seseorang saat ini tidak berubah walaupun kelak menjadi tua.

5) Teori Perkembangan

Teori ini menerangkan bahwa menjadi tua merupakan suatu proses yang penuh tantangan dan bagaimana sikap lansia menghadapi tantangan tersebut dapat mempengaruhi apakah menghasilkan sesuatu yang

positif atau negatif. Akan tetapi, hal ini tidak serta merta menunjukkan cara menjadi tua yang diharapkan oleh lansia tersebut.

6) Teori Stratifikasi Usia

Teori ini digunakan untuk mempelajari sifat-sifat lansia secara berkelompok dan bersifat makro. Setiap kelompok dilihat dari sisi demografi dan hubungannya dengan kelompok usia lainnya. Kelemahan teori ini tidak bisa digunakan untuk mempelajari lansia secara pribadi atau individu, mengingat adanya stratifikasi yang sangat kompleks serta hubungannya dengan klasifikasi kelas ataupun etnik.

Berdasarkan teori-teori yang telah dijelaskan dapat disimpulkan bahwa perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi perubahan berbagai aspek yaitu aspek fisik, mental dan sosial. Perubahan fisik yang terjadi adalah rambut memutih, kulit keriput, tipis, kering dan longgar, berkurangnya penglihatan, daya penciuman menurun, daya pengecap kurang peka, pendengaran berkurang, persendian kaku dan sakit, inkontinensia, keseimbangan tubuh menurun dan bahkan kemampuan daya ingat juga menurun.

2.1.3 Konsep dasar penyakit

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Nyeri merupakan segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa merasa nyeri (Andarmoyo, 2013). Apabila seseorang merasakan nyeri, maka perilakunya akan berubah. Misalnya, seseorang yang kakinya terkilir menghindari aktivitas mengangkat barang yang memberi beban penuh pada kakinya untuk mencegah cedera lebih lanjut (Potter & Perry, 2006).

1. Klasifikasi nyeri akut

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinharr dan Mccaffery, 1983: NH, 1986 dalam Smeltzer, 2002). Nyeri akut dapat berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi.

Nyeri ini biasanya disebabkan trauma beda atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, pasca persalinan, pasca pembedahan, dan lain sebagainya.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, dan dilatasi

pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitasnya bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan (McCaffery, 1986 dalam Potter & Perry, 2005)

Nyeri kronik dibagi menjadi dua, yaitu nyeri kronik nonmalignan dan nyeri kronik malignan (Potter & Perry, 2005). Nyeri kronik nonmalignan merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang tidak progresif atau yang sembuh (Scheman, 2009 dalam Potter & Perry, 2005), bisa timbul tanpa penyebab yang jelas misalnya nyeri pinggang bawah, dan nyeri yang didasari atas kondisi kronik, misalnya osteoarthritis (Tanra, 2005, dalam Potter & Perry, 2005). Sementara nyeri kronik malignan yang disebut juga nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi, yaitu terjadi akibat perubahan pada saraf. Perubahan ini terjadi bisa karena penekanan pada saraf akibat metastase sel-sel kanker maupun pengaruh zat kimia.

2. Faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Usia

Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi. Pada lansia cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dimijalani dan mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

b. Jenis kelamin

Gill (1990) mengungkapkan laki-laki dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam merespon nyeri, justru lebih dipengaruhi faktor budaya (ex: tidak pantas kalo laki-laki mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri).

c. Kultur

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri misalnya seperti suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

d. Makna nyeri

Berhubungan dengan bagaimana pengalaman seseorang terhadap nyeri dan dan bagaimana mengatasinya.

e. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990), perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, *guided imagery* merupakan tehnik untuk mengatasi nyeri.

f. Ansietas

Cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas.

g. Pengalaman masa lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri tergantung pengalaman di masa lalu dalam mengatasi nyeri.

h. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

i. *Support* keluarga dan social

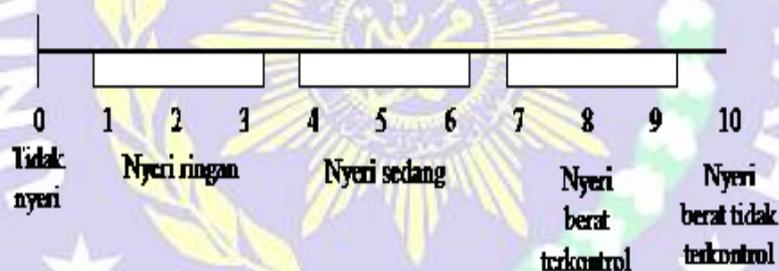
Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan dan perlindungan

3. Intesitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007). Menurut smeltzer, S.C bare B.G (2002) adalah sebagai berikut :

a. Skala intensitas nyeri deskriptif

Gambar 2.1 Skala intensitas nyeri deskriptif



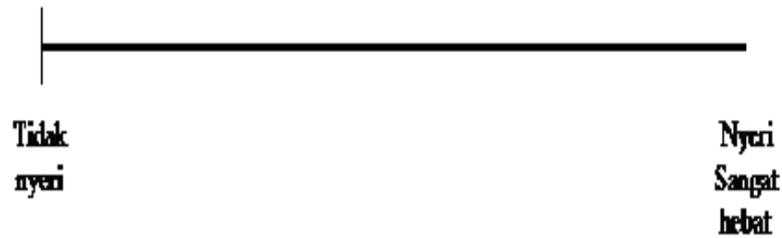
b. Skala intensitas nyeri numeric

Gambar 2.2 Skala intensitas nyeri numeric



c. Skala analog visual

Gambar 2.3 Skala analog visual



d. Skala nyeri menurut bourbanis

Gambar 2.4 Skala nyeri menurut boubanis



e. Skala Wong-Baker (Berdasarkan ekspresi wajah)

Gambar 2.5 Skala Wong-Baker (Berdasarkan Ekspresi Wajah)

**Keterangan :**

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan.

Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan

setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992).

Skala analog visual *Visual analog scale* (VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005).

4. Penatalaksanaan Non Farmakologi

a. Tindakan kenyamanan

Perawat dapat secara mandiri melakukan sejumlah tindakan kenyamanan yang ditujukan untuk membantu klien menangani nyeri atau meredakan nyeri. Tempat tidur yang bersih, wajah dan tangan yang bersih, musik yang tenang, ruang yang hangat, atau ruang bercahaya sedang dapat meningkatkan relaksasi.

b. Tindakan fisik

Tindakan fisik dapat digunakan selain intervensi farmakologis untuk penatalaksanaan nyeri.

c. Stimulus fisik (Stimulus kutaneus)

Masase atau tekanan lembut dapat meredakan kongesti atau meningkatkan sirkulasi dan oksigenasi, dan dengan demikian membantu meredakan nyeri. Ini dapat diaplikasikan dengan secara lembut *masase* area yang nyeri atau yang lebih umum adalah dengan

menggosok punggung. Stimulasi yang diarahkan secara spesifik dan akurat diaplikasikan dengan menggunakan unit stimulasi saraf elektrik transkutaneus.

d. Aplikasi panas dan dingin

Aplikasi panas atau dingin dapat membantu mengendalikan nyeri lokal dengan menghasilkan vasodilatasi (panas) atau vasokonstriksi (dingin). Mengaplikasikan panas dan dingin yang sering dilakukan, baik dalam asuhan keperawatan ataupun oleh klien dirumah. Aplikasi panas dan dingin merupakan salah satu teknik nonfarmokologis yang terbukti meredakan nyeri, teknik yang sering kali sangat efektif.

e. Olahraga

Melatih bagian tubuh yang spesifik secara aktif, dengan penambahan tingkat aktivitas secara bertahap tetapi mantap, meningkatkan fleksibilitas sendi dan otot. Olahraga spesifik diprogramkan oleh penyedia layanan kesehatan primer atau oleh ahli terapi fisik dan hanya boleh dilakukan sesuai dengan toleransi tubuh. Olahraga juga diperlukan sebagai bagian dari rutinitas perawatan diri seseorang untuk mencegah kehilangan tonus dan kekuatan otot. Klien diajarkan untuk melakukan aktivitas untuk mencegah cedera dan dengan demikian mengurangi nyeri. Aktivitas harus beragam dan dapat dinikmati. Aktivitas dan olahraga yang dilakukan bersama orang lain sering kali lebih menyenangkan dibandingkan jika dilakukan seorang diri. Dorong klien untuk berpartisipasi dalam program kelompok, banyak klub kesehatan memiliki program olahraga yang sesuai.

f. Tindakan perilaku kognitif

Beberapa teknik perilaku kognitif dapat juga berperan sebagai tindakan pelengkap pengendali nyeri.

g. Distraksi dan Diversi

Aktivitas seperti berkunjung, bermain games, menonton televisi atau melaksanakan proyek kerajinan tangan, dapat membantu mengalihkan perhatian klien dari nyeri, teman sering kali dapat saling membantu satu sama lain.

h. Relaksasi dalam dan imajinasi terbimbing

Klien dapat mempelajari teknik relaksasi dalam seringkali membantu. Banyak kaset dan cd relaksasi yang tersedia. Klien diajarkan untuk melakukan pernafasan dalam dan latihan relaksasi. Selanjutnya, klien berkonsentrasi pada pengalaman yang menyenangkan dan merelaksasi. Beberapa klien belajar melalui terapi relaksasi untuk merelaksasi otot yang tegang, dengan demikian meredakan nyeri. Imajinasi terbimbing adalah suatu proses klien menerima anjuran untuk berkonsentrasi pada sebuah gambar untuk mengontrol nyeri atau ketidaknyamanan. Latihan relaksasi dalam dilakukan terlebih dahulu, sehingga klien rileks sepenuhnya. Kemudian klien dibimbing melalui gambaran spesifik. Misalnya, anjurkan mungkin berupa kata-kata bahwa nyeri terjadi di atas area tubuh yang besar lalu bergerak turun dan keluar dari tubuh. Dalam cara ini, area yang lebih kecil dapat dilibatkan tujuan akhirnya adalah untuk menghilangkan nyeri.

i. Kelompok Pendukung

Kelompok pendukung dan sesi terapi kelompok dapat membantu individu dalam mengatasi nyeri dengan memberika kesempatan kepada mereka untuk mengekspresikan perasaan mereka dan membicarakan tentang nyeri dengan orang lain yang dapat turut merasakan. Secara tidak langsung akan terjadi tukar informasi untuk membantu mempertahankan kemampuan fungsional.

j. Konsep teori kompres hangat basah

1) Definisi kompres hangat

Kompres hangat merupakan suatu metode alternatif non farmologis untuk mengurangi nyeri pada gout yang pelaksanaannya dilakukan dengan menggunakan kassa atau kain yang telah dibasahi oleh air hangat dengan suhu 37-40 derajat celsius kemudian menemptakan pada daerah yang terasa nyeri pada persendian seperti jari kaki, tofi lutut, dll, dilakukan selama 30 menit (Indrawan, 2013).

2) Tujuan kompres hangat

Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) yang berguna untuk proses penyembuhan. Pada 48 jam pertama setelah terjadinya cedera atau peradangan lutut, hindari berbagai hal yang dapat menyebabkan peningkatan bengkak seperti mandi hangat, berendam di air hangat, kompres panas, dan mengonsumsi minuman beralkohol. Sedangkan bila lewat 48 jam namun pembengkakan sudah berkurang, kompreslah area radang dengan benda hangat. Kesimpulannya, terapi panas, misalnya

dengan kompres (heating pad) ataupun mandi air hangat, cenderung lebih tepat untuk mengurangi sendi yang nyeri dan otot yang lelah. Hal ini disebabkan karena panas dapat memperbaiki sirkulasi dan mengantarkan nutrisi terhadap sendi dan otot yang bermasalah. Terapi kompres hangat dan dingin dapat membantu menghilangkan nyeri, kekakuan dan pembengkakan pada sendi lutut.

3) Prinsip fisiologis kompres hangat

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh-pembuluh darah melebar. Sehingga akan memperbaiki peredaran darah didalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Jadi akan timbul proses pertukaran zat yang lebih baik. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit dan akan menunjang proses penyembuhan luka, radang yang setempat seperti abses, bisul-bisul yang besar dan bernanah, radang empedu, dan juga beberapa radang persendian. Pada otot-otot, panas memiliki efek menghilangkan ketegangan. Salah satu keuntungan besar tetapi panas ialah kemudahannya dan kepraktisannya.

4) Manfaat kompres hangat

- a) Mengurangi stress dan kecemasan
- b) Mengatasi phobia
- c) Membangun berbagai kondisi emosional yang positif.

- 5) Langkah-langkah kompres hangat basah :
- a) Beri penjelasan pada klien
 - b) Bawa alat-alat kedekat pasien dan cuci tangan
 - c) Pasang sampiran atau sketsel bila perlu
 - d) Bantu klien pada posisi yang nyaman dan tepat
 - e) Tuangkan air dingin ke dalam kom, campurkan dengan air hangat
 - f) Ukur suhu air hangat 40 derajat celsius
 - g) Ambil kassa/waslap/kain yang telah disediakan dan dimasukkan ke dalam kom
 - h) Pasang engalas dibawah tempat yang akan dikompres
 - i) Ambil kassa/waslap/kain yang ada dikom dan peras, jangan terlalu kering dan terlalu basah
 - j) Bentangkan kassa/waslap/kain ke daera yang akan dikompres
 - k) Lakukan perasat ini selama 15-30 menit atau sesuai program
 - l) Ganti setiap 5 menit sekali

2.2.Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu sebagai anggota keluarga, meliputi pengkajian perumusan diagnose keperawatan, penyusunan rencana dan pelaksanaan perencanaan serta penilaian (Padila, 2012).

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur (sekitar 50 tahun), agama, jenis kelamin, dll.

2. Keluhan utama

Pada umumnya klien merasakan nyeri yang luar biasa pada sendi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Uraian mengenai penyakit mulai dari timbulnya keluhan yang dirasakan sampai saat dibawa ke layanan kesehatan, apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain serta pengobatan yang telah diberikan dan bagaimana perubahannya. Pada penderita biasanya mengeluh nyeri pada ekstremitas maka dilakukan pengkajian

PQRST :

- a. P (Provokatif), faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri hal-hal yang perlu ditanyakan apakah yang menyebabkan nyeri? Dan apa saja yang dapat mengurangi dan memperbesarnya?
- b. Q (Quality), dari nyeri seperti apakah rasanya (tajam, tertusuk, atau tersayat)
- c. R (Region), daerah perjalanan nyeri
- d. S (Severity), keparahan atau intensitas nyeri
- e. T (Time), adalah lama atau waktu serangan atau frekuensi

4. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit yang lalu seperti riwayat penyakit musculoskeletal sebelumnya riwayat pekerjaan yang dapat berhubungan dengan penyakit musculoskeletal, penggunaan obat, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah keluarga pernah menderita penyakit yang sama karena faktor genetik.

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

- a. Psikologi : biasanya mengalami peningkatan stress
- b. Sosial : cenderung menarik diri dari lingkungan
- c. Spiritual : kaji agama terlebih dahulu, dan bagaimana cara pasien menjalankan ibadah menurut agamanya

7. Pemenuhan kebutuhan nutrisi

- a. Kebutuhan nutrisi
 - Makan : Kaji frekuensi, jenis, komposisi (pantangan makanan kaya protein)
 - Minum : Kaji frekuensi, jenis (pantangan alkohol)

8. Kebutuhan eliminasi

BAK : Frekuensi, jumlah, warna, bau

BAB : Frekuensi, jumlah, warna, bau

9. Kebutuhan aktivitas

Biasanya klien kurang atau tidak dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari secara mandiri akibat nyeridan pembengkakan

2.2.2 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* pada setiap anggota keluarga baik yang sakit maupun yang sehat.

1. Kepala dan muka :

Kepala

- a. Rambut : termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur antara : kasar dan halus.
- b. Kulit kepala : termasuk benjolan, lesi.
- c. Muka/wajah : termasuk simetris dan ekspresi wajah.

2. Mata :

Yang perlu di kaji yaitu lapang pandang dari masing-masing mata (ketajaman menghilang).

Inspeksi :

Keadaan mata simetris antara mata kanan dan kiri, sklera berwarna putih, miosis dan isokor, penglihatan jelas atau kabur ada nyeri tekan atau tidak.

3. Hidung : terdapat pernafasan pada cuping hidung/tidak.

4. Mulut dan faring

Inspeksi :

- a. Bibir : sianosis, pucat
- b. Mukosa oral :kering atau basah.
- c. Gusi perlu diamati kalau ada gingivitis.

- d. Lidah mungkin berwarna keputihan dan berbau akibat penurunan oral hygiene.
 - e. Faring mungkin terlihat kemerahan akibat pembesaran tonsil peradangan.
5. Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid/tidak, ada pembesaran vena jugularis/tidak, ada nyeri tekan/tidak, ada lesi/tidak.
6. Telinga
- a. Daun telinga dilakukan inspeksi : simetris kanan kiri.
 - b. Lubang telinga : produksi serumen tidak sampai mengganggu diameter lubang.
 - c. Gendang telinga : kalau tidak tertutup serumen berwarna putih keabuan dan masih dapat bervariasi dengan baik apabila tidak mengalami infeksi sekunder.
 - d. Pendengaran : pengkajian ketajaman terhadap bisikan atau tes garputala dapat mengalami penurunan.
7. Paru-paru :
- Inspeksi : simetris, pengembangan dada kanan kiri sama.
- Palpasi : vokal vementus kanan kiri sama.
- Perkusi : sonor.
- Auskultasi : suara vesikuler.
8. Jantung :
- Inspeksi : ictus cordis tidak tampak.
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ICS teraba pada midklavikula sinistra 4 dan 5.

Perkusi : pekak

Auskultasi : BJ 1 dan BJ 2 “lup” “dup”.

9. Abdomen :

Inspeksi : warna kulit sama, ada jejas/tidak, simetris/tidak..

Perkusi : timpani/hipertimpani.

Palpasi : terdapat nyeri tekan/tidak.

Auskultasi : bising normal

10. Genetalia dan anus : genetalia bersih

11. Ekstremitas

Kekuatan Skor

Pemeriksaan kekuatan otot (skala 1-5)

- a. : Lumpuh
- b. : Ada kontraksi
- c. : Melawan gravitasi dengan sokongan
- d. : Melawan gravitasi tetapi tidak ada tahanan
- e. : Melawan gravitasi dengan tahanan sedikit
- f. : Melawan gravitasi dengan kekuatan penuh

Biasanya lanjut usia akan mengalami kelemahan otot karena terdapat nyeri pada persendian, selain itu bisa juga terdapat pembengkakan pada persendian seperti pada jari kaki/tangan,

12. Integumen : turgor kulit elastis <1 detik, sianosis, *capillary refili time* <2 detik, ada lesi/tidak.

13. Sistem muskuloskeletal

Pada pengkajian ini ditemukan Look: keluhan nyeri sendi yang merupakan keluhan utama yang mendorong klien mencari pertolongan (meskipun sebelumnya sendi sudah kaku dan berubah bentuknya).

Nyeri ini biasaya bertambah dengan gerakan dan sedikit berkurang dengan istirahat. Beberapa gerakan tertentu kadang menimbulkan nyeri yang lebih dibandingkan dengan gerakan yang lain. Deformitas sendi (temuan tofus) terjadi dengan temuan salah satu pergelangan sendi secara perlahan membesar. feel: ada nyeri tekan pada sendi yang membengkak. Move: hambatan gerakan sendi biasanya semakin memberat.

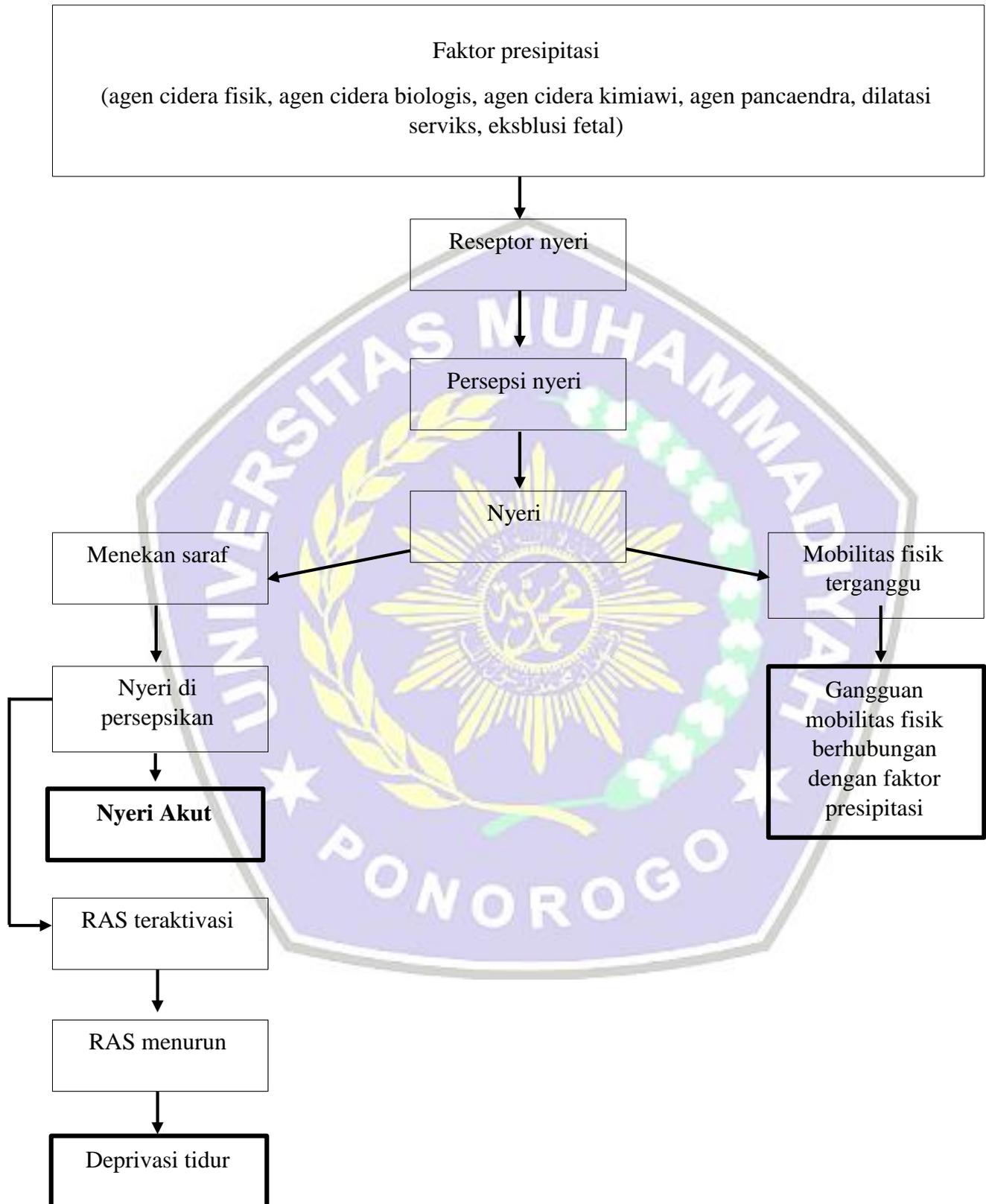
2.2.3 Pemeriksaan tambahan

Apabila diindikasi mengalami masalah atau gangguan lain seperti penyakit fisik yang memerlukan penegakan diagnosa dengan pemeriksaan penunjang

2.2.4 Harapan keluarga

Harapan keluarga terhadap masalah yang dialami anggota keluarganya dan harapan kepada petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga secara optimal dan berkesinambungan demi kesembuhan klien

2.2.6 Pathways



Gambar 2.6 Pathway

2.2.6 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut

2.2.7 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi factor-factor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Yang telah di tetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Nursalam,2008).

2.2.8 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan, dan implementasi evaluasi (Nursalam,2008).

2.2.9 Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan keperawatan SIKI
1.	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif 4. Tidak gelisah 5. Tidak mengalami kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Melaporkan nyeri terkontrol 9. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 10. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 11. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis Intervensi 	<p>Intervensi Utama : Dukungan Nyeri Akut : Pemberian analgesic Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5. Monitor efektifitas analgesik <i>Terapeutik</i> 6. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal 7. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 8. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien 9. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi

			<p>10. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p> <p>Dukungan Nyeri Akut: Manajemen Nyeri Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 10. Terapeutik 11. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 12. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 13. Fasilitasi istirahat dan tidur
--	--	---	--

			<p>14. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian analgetik
--	--	---	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

2.2.10 Hasil-Hasil Penelitian (Jurnal)

Dalam upaya penanganan nyeri akut ada beberapa teknik untuk mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri, dari jurnal yang di temukan peneliti ada tiga cara yaitu dengan menggunakan cara relaksasi, kompres hangat dan kompres dingin :

1. Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Pada Penderita Penyakit Arthritis Gout (oleh : Chilyatiz Zahroh , Kartika Faiza tahun 2018)

Hasil penelitian menunjukkan dari 30 responden, sebagian besar (70%) setelah dilakukan kompres hangat skala nyeri sedang dan hampir setengahnya (30%) nyeri ringan. Hasil uji wilcoxon sign rank test dengan nilai kemaknaan = 0,05. Didapatkan nilai = 0,000 yang berarti $<$ maka H_0 ditolak artinya ada pengaruh kompres hangat terhadap penurunan nyeri pada penderita penyakit asam urat di Paguyuban Lansia Budi Luhur Surabaya. Simpulan penelitian ini adalah pemberian kompres hangat dapat mempengaruhi penurunan nyeri pada seseorang yang menderita penyakit asam urat, sehingga diharapkan Paguyuban Lansia dapat menerapkan serta meningkatkan pemberian kompres hangat terhadap lansia penderita penyakit asam urat.

2. Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia

(Oleh : Hasrul , Muas tahun 2018)

Hasil penelitian yaitu sebelum diberikan kompres hangat pada penurunan intensitas nyeri Gout Arthritis pada lansia adalah responden yang skala nyeri ringan (1-3) tidak ada, yang Skala nyeri sedang (4-6) sebanyak 13 orang dengan persentase 65%, sedangkan sampel yang Skala nyeri berat(7-10) sebanyak 7 orang dengan persentase 35%. Setelah diberikan kompres hangat pada penurunan intensitas nyeri Gout Arthritis pada lansia yang menunjukkan hasil Skala nyeri ringan (1-3) sebanyak 14 orang dengan persentase 70% dan responden Skala nyeri sedang (4-6) sebanyak 6 orang dengan persentase 30%. (iii) Ada pengaruh yang signifikan terhadap Kompres Hangat Dalam Penurunan Intensitas Nyeri Gout Arthritis Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lawawoi Kabupaten Sidrap Tahun 2018 dengan tingkat kemaknaa p-value 0,000.

بُنُّ إِیَّاسٍ دُعَلِیْهِ وَسَلَّمٌ مِثْلُهُ إِلَّا أَنَّهُ قَالَ نَظَّفُوا أَفْنِیَّتْكُمْ قَالَ أَبُو عِیْسَى هَذَا حَدِیْثٌ غَرِیْبٌ وَخَالِدٌ
 یُضَعَّفُ وَیُقَالُ ابْنُ إِیَّاسٍ

Telah menceritakan kepada kami Muhammad bin Basyar telah menceritakan kepada kami Abu 'Amir Al 'Aqadi telah menceritakan kepada kami Khalid bin Ilyas dari Shalih bin Abu Hassan ia berkata; Aku mendengar Sa'id bin Al Musayyab berkata; "Sesungguhnya Allah Maha Baik, dan menyukai kepada yang baik, Maha Bersih dan menyukai kepada yang bersih, Maha Pemurah, dan menyukai kemurahan, dan Maha Mulia dan menyukai kemuliaan, karena itu bersihkanlah diri kalian, " aku mengiranya dia berkata; "Halaman kalian, dan janganlah kalian menyerupai orang-orang Yahudi, " Shalih bin Abu Hassan berkata; Hadits itu aku sampaikan kepada Muhajir bin Mismar, lalu dia berkata; " Amir bin Sa'ad bin Abu Waqqas telah menceritakannya kepadaku dari Ayahnya dari Nabi shallallahu 'alaihi wasallam dengan hadits yang semisal, Namun dalam hadits tersebut beliau bersabda: "Bersihkanlah halaman kalian." Abu Isa berkata; Hadits ini gharib, dan Khalid bin Ilyas telah dilemahkan, dan dia juga dinamakan Ibnu Iyas (Hadits Jami' At-Tirmidzi No. 2723 - Kitab Adab).