

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA Ny. R DI RUANG HUSNA
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif

Jenjang Pendidikan Diploma DIII Keperawatan

Pendidikan Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Elly Rahayu Susanti

A01301744

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN 2016**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA Ny. R DI RUANG HUSNA
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif

Jenjang Pendidikan Diploma DIII Keperawatan

Pendidikan Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Elly Rahayu Susanti

A01301744

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN 2016**

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan Hasil Ujian Komprehensif telah Diterima dan Disetujui oleh
Pembimbing Ujian Akhir Diploma DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah
Gombong Pada:

Hari / Tanggal

: Sabtu, 30 Juli 2016

Tempat

: STIKES Muhammadiyah Gombong

Pembimbing



(Putra Agina WS.S.Kep,Ns)

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA Ny. R DI RUANG HUSNA
RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Elly Rahayu Susanti

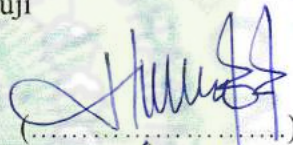
A01301744

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 06 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Nurlaila, S.Kep,Ns,M.Kep
2. Hendri Tamara Yuda, S.Kep,Ns,M.Kep


(.....)

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Gombong


(Sawiji, S.Kep,Ns,M.Sc)


Program Studi DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Laporan Keperawatan, Agustus 2016

Elly Rahayu Susanti, Putra Agina

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN PADA Ny. R DI RUANG HUSNA RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Latar belakang masalah karya tulis ilmiah ini berdasarkan data yang diperoleh dari berbagai sumber kepustakaan yang menyatakan kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan salah satu bentuk rehabilitasi.

Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah yaitu untuk dapat memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan dengan masalah pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien nyeri akut.

Dalam pembahasan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan ansietas , kurang pengetahuan.

Intervensi dan implementasi yang sudah dilakukan yaitu berikan teknik distraksi relaksasi, memberikan informasi pada pasien tentang prosedur tindakan selanjutnya, mengkaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga.

Dalam evaluasi selama dua hari beberapa masalah keperawatan teratasi.

Kata kunci : distraksi relaksasi autogenik, teknik napas dalam, kompres hangat.

Daftar pustaka : 13 (2006-2012)

Diploma III of Nursing Program

Muhammadiyah Healt Science Institute of Gombong

Nursing Care Report, August 2016

Elly Rahayu Susanti, Putra Agina

ABSTRAC

NURSING CARE FOR FULFILLMENT SECURE AND COMFORTABLE

NEEDS TO Mrs. R COLIK RENAL

HIPERLANSIA IN HUSNA WARD OF GOMBONG DISTRIC HOSPITAL

The background of this issue scientific papers based on data obtained from various sources of literature that states need security and confort is one from of rehabilitation.

The general objective of writing a scientific paper which is to be able to provide an overview of nursing care to the problem fulfilling the needs of safety and comfort in patiens with acute post operative pain.

In the discussion of nursing problem that arise are acute pain, risk of infection, less knowledge.

Intervention and implementation has been dine is tough deep provide technical distraction relaxation, providing information to patients on procedures for further action, assessing the level of knowledge of the client and family.

In the evaluation for two days some nursing issues resolved.

Keywords : distraction relaxation autogenic, breathing in, warm compresses.

Library : 13 (2005-20120).

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warohmatullohi wabarokatuh.

Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidaayh serta inayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan uji komprehensif dengan judul “ **ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN PADA Ny. R DI RUANG HUSNA PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG** “ .

Terwujudnya laporan ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak untuk itu pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Bapak M. Madkhan Anis, S Kep, Ns Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Bapak Sawiji, S Kep, Ns,M.Sc. Selaku ketua Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
3. Ibu Arnika Dwi Asti, M.Kep,Ns Selaku Pembimbing Akademik prodi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
4. Bapak Putra Agina WS.S Kep, Ns Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Ibu Nurlaila, S,Kep,Ns,M.Kep Selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
6. Bapak Hendri Tamara Yuda, S.Kep,Ns,M.Kep Selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
7. Segenap Staff dan Dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
8. Segenap Staff dan Perawat PKU Muhammadiyah Gombong khususnya di Ruang Husna

9. Desi Irawati, Alfi Mufidah, Arin Dwi Ismawati, Desi annisa, Dewi Wigiastri, Eko Purwanto sebagai kelompok bersama tempat menampung keluh kesah dan pemberi motivasi.
10. Teman-teman seperjuangan prodi DIII Keperawatan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan motivasi.
11. Sahabat-sahabat yang telah memberikan motivasi dan semangat yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari penyusunan laporan uji komprehensif ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi bentuk maupun isinya. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari pembaca demi perbaikan dan penyusunan ujian komprehensif.

Wassalamu'alaikum warohmatullohiwabarokatuh

Gombong, 6 Agustus 2016

Elly Rahayu Susanti

DAFTAR ISI

HALAMAN

JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRAC.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii

BAB I

PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
a. Tujuan umum.....	5
b. Tujuan Khusus.....	6
C. Manfaat.....	6

BAB II

KONSEP DASAR.....	7
A. Konsep Dasar Kebutuhan Dasar Manusia.....	7
B. Konsep Gangguan Rasa Aman dan Nyaman.....	9
C. Konsep Nyeri.....	10
D. Manajemen Nyeri.....	14
E. Inovasi Keperawatan.....	15

BAB III RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian.....	17
B. Analisa Data.....	20
C. Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	21

BAB IV

Pembahasan.....	25
-----------------	----

BAB V

A. Kesimpulan.....	37
B. Saran.....	38

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kolik renal adalah nyeri yang disebabkan oleh obstruksi akut ginjal, pelvis renal atau ureter oleh batu. Nyeri ini timbul akibat peregangan, hiperperistaltik, dan spasme otot polos pada sistem pelviokalis ginjal dan ureter sebagai usaha untuk mengatasi obstruksi. Istilah kolik sebenarnya mengacu pada sifat nyeri yang hilang timbul (intermittent) dan bergelombang seperti pada kolik bilie dan kolik intestinal. Namun pada kolik renal nyeri biasanya bersifat konstan. Nyeri dirasakan di flank area yaitu area kostovertebra kemudian dapat menjalar ke dinding depan abdomen. Ke region inguinal hingga ke daerah kemaluan. Nyeri muncul tiba-tiba dan bisa sangat berat sehingga digambarkan sebagai nyeri terberat yang dirasakan manusia seumur hidup. Kolik renal sering disertai mual, muntah, hematuria, demam bila disertai infeksi. Nyeri menggambarkan perasaan yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berhubungan dengan potensial kerusakan jaringan tubuh (Perry & Potter, 2005).

Gambaran masyarakat Indonesia dimasa depan yang ingin dicapai melalui pembanguana kesehatan adalah masyarakat, bangsa, dan Negara yang ditandai dengan penduduknya memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia. Derajat kesehatan di Indonesia telah mengalami kemajuan yang cukup bermakna. Peningkatan derajat masyarakat antara lain ditunjukkan dengan makin menurunnya angka kematian bayi dan kematian ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita, dan meningkatnya umur harapan hidup. Disisi lain terjadi peningkatan urbanisasi, industrialisasi, dan perubahan lingkungan. Perubahan tersebut telah memberi pengaruh pada transisi epidemiologi yaitu beban ganda penyakit dengan meningkatnya beberapa penyakit menular (*re-emerging diseases*) dan penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular adalah penyakit saluran pencernaan.

World Health Organization (WHO) Global Infobase tahun 2002, Cause specific Death Rate (CSDR) penyakit saluran pencernaan di beberapa Negara yaitu Jerman 51 per 100.000 penduduk, Inggris 47 per 100.000 penduduk, Perancis 42 per 100.000 penduduk, Finlandia 39 per 100.000 penduduk, Switzerland 34 per 100.000 penduduk, Swedia 33 per 100.000 penduduk, India 33 per 100.000 penduduk, Argentina 31 per 100.000 penduduk, Amerika Serikat 30 per 100.000 penduduk, Bangladesh 26 per 100.000 penduduk, Zimbabwe 20 per 100.000 penduduk, dan Albania 16 per 100.000 penduduk.

Di USA (United State of Amerika) pasien dengan kolik renal memegang adil dalam 1 juta kunjungan ke emergensi setiap satu tahun dan 1 dari 1000 pasien kolik renal dirawat inap. Di salah satu rumah sakit di Italia. Kolik renal didiagnosis pada 1% kasus : 21,6% diantaranya merupakan kasus rekuren: rasio pria-wanita sebesar 1.4-1. Insidennya lebih tinggi pada usia 25 hingga 44 tahun. Di Indonesia belum ada data epidemiologis tentang pasien yang datang dengan keluhan kolik renal namun angka kejadian batu ginjal. Sebagai penyebab kolik renal . Tahun 2005 berdasarkan data yang dikumpulkan dari rumah sakit diseluruh Indonesia adalah sebesar 37.636 kasus baru. Dengan jumlah kunjungan sebesar 58.959 orang. Sedangkan jumlah pasien yang dirawat adalah sebesar 19.018 orang. Dengan jumlah kematian adalah sebesar 378 orang.

Nyeri merupakan alasan yang paling umum untuk mencari bantuan medis. Banyak pasien yang ditemui perawat mengalami nyeri, nyeri menyebabkan penderita dan mempengaruhi penyembuhan , tanggungjawab perawat adalah melakukan segala sesuatu yang mungkin mengurangi nyeri pasien, perawat mungkin tidak mengetahui apakah orang lain mengalami nyeri atau tidak atau seberapa orang tersebut.

Nyeri adalah perasaan pribadi yang tidak dapat secara akurat digambarkan atau diukur , perawat tidak dapat meyakini nyeri tersebut dan mempercayai penilaian seseorang tentang seberapa berat nyeri tersebut. Untuk melakukan penatalaksanaan nyeri pasien perawat pertama harus mengetahui dimana (lokasi), seberapa lama, (kualitas) dan seberapa kuat (intensitas) nyeri tersebut. Untuk pasien bedah , pasien

luka bakar dan pasien yang mengalami trauma, informasi tersebut biasanya jelas. Untuk pasien lain perawat perlu menanyakan lebih detail, ini mungkin juga bermanfaat jika menanyakan tentang apa yang membuat nyeri atau membuat mungkin buruk, sesuatu yang tampak dapat meredakan nyeri, gejala lain yang menyertai nyeri dan efek nyeri tersebut (Ester, 2005).

Kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), (kebutuhan yang terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu : fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh, social, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan social, psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsur alamiah lainnya. Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa aman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala (Potter & Perry, 2006).

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan di bidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien . Pemberian analgesic biasanya dilakukan untuk mengurangi nyeri. Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non-farmakologi dalam strategi penanggulangan nyeri, dan distraksi. Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah dua persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri. Pemberian analgesic dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa.

Perawat berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan pasien dan membantu serta menolong pasien dalam memenuhi kebutuhan tersebut termasuk dalam manajemen nyeri (Potter and Perry, 2005).

Setiap individu membutuhkan rasa nyaman, nyeri merupakan salah satu penyebab ketidaknyamanan bagi pasien dan merupakan alasan yang paling umum untuk memasuki bagian tempat perawatan kesehatan dan meminta pengobatan. Pasien dapat merespon nyeri yang dialaminya dengan beragam cara, misal berteriak, meringis, menangis, dan lain sebagainya. Seorang perawat memiliki peran penting untuk memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman pasien. Dengan melakukan intervensi keperawatan. Namun nyeri bersifat subyektif sehingga perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dialami oleh pasien (Potter dan Perry, 2005; Grace dan Borley, 2006). Salah satu nyeri yang dirasakan oleh pasien adalah nyeri pada bagian abdomen. Nyeri abdomen dapat dibedakan atas dua kategori yaitu, nyeri abdomen akut dan nyeri abdomen kronis. Nyeri abdomen akut merupakan nyeri yang terjadi secara mendadak, Sedangkan nyeri abdomen kronis adalah nyeri berlanjut, baik yang berjalan dalam waktu yang lama atau berulang (hilang timbul (Grace dan Borley, 2006). Nyeri abdomen merupakan keluhan umum pasien disebagian besar pusat pelayanan kesehatan. Angka prevalensi nyeri abdomen antara 22% dan 28%. (Halder, 2009).

Teknik distraksi relaksasi adalah salah satu tindakan yang diberikan pada pasien Ny. R dengan karakteristik nyeri yang dirasakan untuk mengurangi rasa nyeri yang timbul. Teknik distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktifitas retikuler menghambat stimulus nyeri. Jika seseorang menerima input sensori yang berlebih dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien).

Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, Teknik relaksasi memberikan individu control diri ketika terjadi rasa nyeri serta dapat digunakan pada saat seseorang sehat ataupun sakit (Potter & Perry, 2005).

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merileksasikan tegangan otot yang menunjang nyeri. Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri (Smeltzer, 2008). Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2005). Hasil penelitian relaksasi menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian teknik relaksasi terhadap penurunan persepsi nyeri. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh (Bruner & Suddart, 2013).

Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi peregangan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu banyaknya modalitas sendiri yang digunakan individu dalam stimulus. Oleh karena itu stimulus, penglihatan, pendengaran dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dengan menurunkan nyeri dibanding satu stimulus intern saja (Tamsuri, 2007).

Berdasarkan masalah tersebut peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan gangguan rasa aman dan nyaman. Keluhan pada Ny. R adalah nyeri perut sebelah kanan, nyeri terasa saat gerak , nyeri seperti ditusuk-tusuk pada perut kanan dan menjalar ke pinggang. Nyeri dirasakan kurang lebih 10 menit dengan skala nyeri 3 pada saat dikaji. Agar meningkatnya kemampuan individu untuk dapat melakukan aktivitas fisik yang diperlukan untuk penyembuhan (teknik napas dalam, distraksi relaksasi, ambulasi).

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran asuhan keperawatan nyeri pada Ny.R dengan rasa aman dan nyaman di ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong .

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan pengkajian nyeri pada Ny.R di ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong
- b. Memaparkan hasil analisa data pasien dengan masalah kebutuhan rasa aman dan nyaman di Ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong
- c. Mendiskripsikan masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny.R di Ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong.
- d. Menggambarkan perencanaan untuk memecahkan masalah yang ditemukan pada Ny.R di Ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong.
- e. Mendiskripsikan tindakan untuk memecahkan masalah yang ditemukan pada Ny.R di Ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong.
- f. Mendiskripsikan evaluasi pencapaian tujuan asuhan keperawatan nyeri pada Ny.R di Ruang Husna PKU Muhammadiyah Gombong
- g. Memaparkan Inovasi tindakan keperawatan pada pasien Ny.R di Ruang Husan PKU Muhammadiyah Gombong.

C. MANFAAT

1. Manfaat Secara Teoritis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan menjadi refensi bagi institusi keperawatan dengan hasil pemikiran dan kesimpulan secara pengamatan, peninjauan dan penelitian guna mengembangkan asuhan keperawatan agar para mahasiswa dapat mengetahui asuhan keperawatan tentang rasa aman dan nyaman .

2. Manfaat Secara Aplikatif

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat praktis dalam keperawatan yaitu sebagai panduan perawat dalam pengelolaan asuhan keperawatan nyeri pada klien dengan rasa aman dan nyaman.

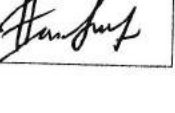
DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, (2008). Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika
- Bruner & Sudart. 2013. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Jakarta: EGC
- Herdman, H (2012). Nanda International Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. Jakarta : EGC
- Kompas, (2009). Kompres, Alternatif Pereda Nyeri (<http://www.kompas.com>, diakses 12 februari 2012)
- Kozier dkk, (2009). Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik, Ed. 7. Vol. 2. Alih bahasa Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC
- Mubarak & Chayatin, (2008). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: Salemba Medika
- Nita, S. (2009). Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulis Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Jakarta: Salemba Medika.
- Nurhayati, (2011). Riset Pengarah Teknik Distraksi Relaksasi, Vol 7
- Potter & Perry. (2005) . Fundamentals of Nursing, Edition 7, Vol. Jakarta Salemba Medika
- Smeltzer, (2008). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. EGC: Jakarta
- Sumiati. (2010). Pengaruh Penggunaan Tindakan Teknik Relaksasi Napas Dalam , Distraksi, Terhadap Penurunan Sensasi Nyeri, STIKES Nani Hasanudin
- Tamsuri, A. (2006). Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta: EGC
- Uliyah & Hidayat. (2008). Praktikum Klinik: Aplikasi Dasar-Dasar Praktik Kebidanan. Salemba Medika, Jakarta
- Vonny & Aries. (2013). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Kediri

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elly Rahayu susanti

NIM : A01301749

No	Hari/Tanggal	Bab	Materi Konsultasi	Ttd Pembimbing	Ttd mahasiswa
1.	Selasa 21 Juni 2016	1-5	Bimbingan umum KTI	f	
2.	Sabtu, 25 Juni 2016	1	latar belakang, tujuan, manfaat lanjut Bab 2	f	
3.	Senin, 27 Juni 2016	1,2	Revisi Bab 1 & 2	f	
4.	Selasa, 28 Juni 2016	1,2,3	Acc Bab 1 Revisi Bab 2 lanjut Bab 3	f	
5.	Rabu, 29 Juni 2016	2,3	Revisi Bab 2 Acc Bab 3 lanjut BAB 4	f	
6.	Jumat 1 Juli 2016	3,4,5	Revisi BAB 4 lanjut Bab 5	f	
7.	Senin, 10 Juli 2016	4,5	Revisi BAB 4 & 5	f	
8.	Senin, 1 Agustus 2016	Acc	Acc	f	

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Elly Rahayu susanti

NIM : A01301749

No	Hari/Tanggal	Bab	Materi Konsultasi	Ttd Pembimbing	Ttd mahasiswa
9.	Rabu, 17 Agustus 2016	I-5	konsul Revisi ujian		
10.	Jumat, 19 Agustus 2016	I-5	konsul sama penguji, BAB 4 masih revisi.		
11.	Senin, 22 Agustus 2016	IV	Revisi BAB 4, Batasan karakteristik Diagnosa 1.		
12.	Rabu, 24 Agustus 2016	IV	ACC BAB IV ACC KTI		

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R
DENGAN GANGGUAN SISTEM PEREMIHAN: COLIK RENAL
DI RUANG "H" PKU MUHAMMADIYAH
GOMBONG

NAMA = ELLY RAHAYU SUSANTI

NIM = A01301744

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

MUHAMMADIYAH GOMBONG

2016

LEMBAR PENBESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN
GANGGUAN COLIK RENAL DI RUANG "H"
PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

TELAH DISYAHKAN
PADA TANPAAL :

MENGETAHUI

PEMBIMBING AKADEMIK

PEMBIMBING KLINIK

()

()

TINJAUAN KASUS

A. IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. R
Umur : 58 tahun
Jenis kelamin : perempuan
Alamat : Karangtengah, Karanggayam Kebumen
Status : Menikah
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Tgl masuk RS : 15 Juni 2016 Jam : 10.20
Tanggal pengkajian : 16 Juni 2016
Dx Medis : Colik Renal

B. IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S
Umur : 58 tahun
Alamat : Karangtengah, Karanggayam Kebumen
Pekerjaan : Petani
Hub. dg pasien : Suami

C. PENGKAJIAN

1. Keluhan Utama

— Nyeri pada bagian perut sebelah kanan

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

— Pasien Ny. R umur 58 tahun datang ke RS PKU Muhammadiyah Gombong pada tanggal 15 Juni 2016 jam 10.20 dengan keluhan nyeri perut kanan sejak 5 jam sebelum masuk RS. Nyeri mengeluh ke bawah mual (+), muntah (-), BAK TAK, BAB TAK. Dengan hasil pemeriksaan TD: 100/70 mmHg, Nadi: 102 x/menit, RR: 16 x/menit, Suhu: 36.2°C kesadaran Coma mentis dengan nilai GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Akral hangat. Klien dipindah ke ruang busa pada tanggal 15 Juni 2016 jam 13.00 with dengan keluhan nyeri perut

Sebelah kanan dan mual. Dengan hasil pemeriksaan TD: 176/129 mmHg
 N: 91 x/menit, RR: 18 x/menit suhu 36°C keadaan kompensatis
 GCS: E4, V5, M6 sudah dilakukan cek laboratorium, pungun
 dan USG. Nyeri terasa saat gerak, seperti ditusuk-tusuk pada
 perut kanan, terasa nyeri selama ± 10 menit. skala nyeri 3
 klien mengatakan masih belum tahu tentang penyakit yang diderita.

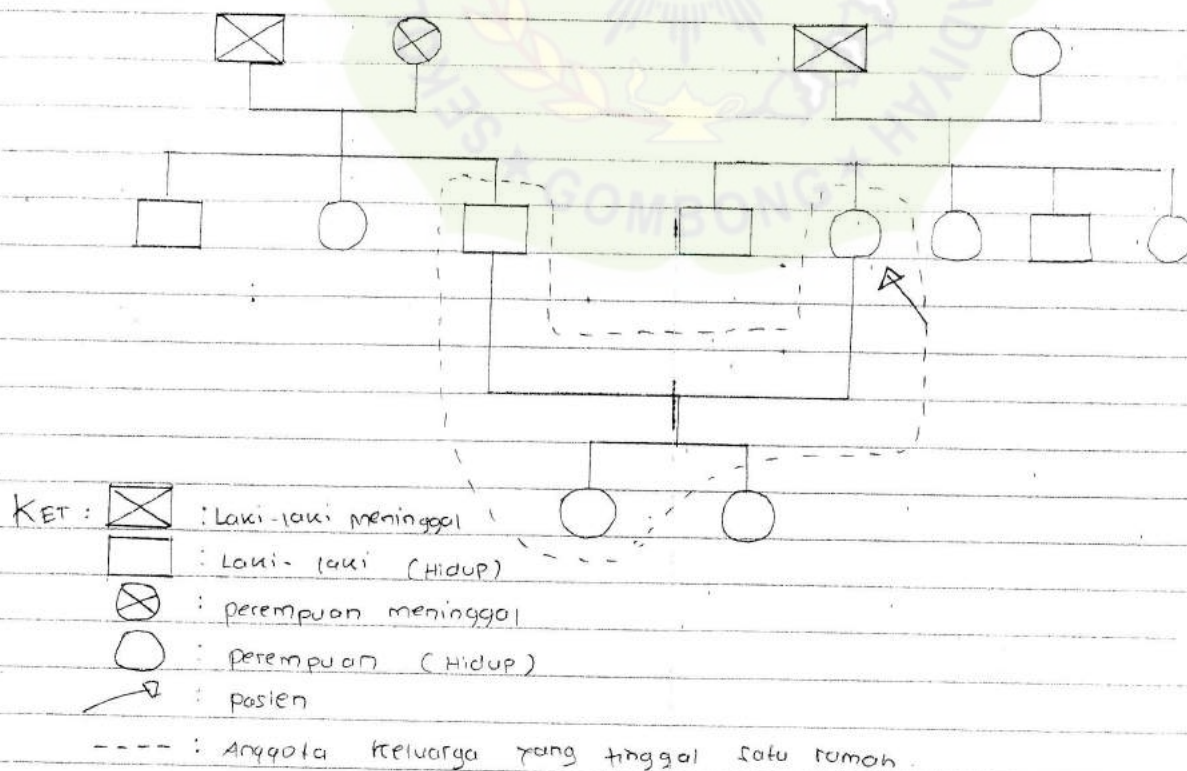
3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah masuk RS dan
 biasa kontrol di puskesmas lansia. Klien sudah memiliki riwayat penyakit
 seperti skatong sudah 5 tahun yang lalu. Dahulu klien pernah
 mengeluarkan 3 butir batu keput saluran kencing sebesar biji pepaya
 sejak satu tahun yang lalu. Dan memiliki riwayat hipertensi.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarga ada yang ada
 yang memiliki riwayat keturunan yaitu penyakit hipertensi dari ibu
 kandunganya sendiri.

5. GENOGRAM



6. Pola Fungsional

1. Pola Oksigenasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pernapasan dan bernapas secara normal

Saat dikaji : klien tidak menggunakan alat pernapasan atau oksigen tetapi bernapas secara normal

2. Pola Nutrisi

Sebelum sakit : klien makan 3 x sehari dengan jenis nasi, lauk, dan sayur, minum air putih $\pm$ 8-9 gelas sehari saat puasa pasien tetap puasa

Saat dikaji : klien mengatakan hari biasa klien makan dengan teratur sehari 3 x dengan jenis nasi, lauk, sayur dan minum $\pm$ 5-6 gelas sehari. Saat di RS klien tidak puasa.

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB 2 x sehari dengan konsistensi lembek warna kuning kecoklatan, BAK sering dengan warna kuning keruh.

Saat dikaji : klien mengatakan BAB 1 x sehari dengan konsistensi lembek, warna kecoklatan, BAK klien mengatakan selama di RS belum BAB, BAK sehari 4-5 kali dengan warna kuning agak keruh.

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak ada gangguan, selalu melakukan aktivitas mandiri, jika tiba-tiba perutnya terasa sakit klien hanya beristirahat tiduran.

Saat dikaji : klien mengatakan saat di rumah sakit klien hanya berbaring tiduran dan duduk.

5. Pola Istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur malam 7-8 jam, jika tidak ada gangguan nyeri. terkadang tidur siang $\pm$ 1-2 jam.

Saat dikaji : klien mengatakan tidur malam di RS $\pm$ 6-7 jam tidur siang $\pm$ 1 jam. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk terasa pada saat gerak atau tiduran, saat : terasa $\pm$ 10 menit, pada bagian perut kanan

6. Pola Personal Hygiene

Sebelum saat : klien mengatakan mandi sehari 2x dan menggosok gigi 2x sehari.

saat diuji : klien mengatakan mandi diseka 2x sehari oleh keluarganya.

7. Pola Berpakaian

Sebelum saat : klien mengatakan jika menggunakan pakaian secara mandiri.

saat diuji : klien mengatakan saat diuji dalam menggunakan pakaian dibantu oleh keluarganya.

8. Menjaga suhu tubuh

Sebelum saat : klien mengatakan jika klien merasa kehangatan klien menggunakan selimut atau jaket tebal.

saat diuji : klien mengatakan jika klien kehangatan, klien menggunakan selimut dan jika klien merasa gerah maka menggunakan baju yang tipis.

9. Pola Menghindar dari Bahaya

Sebelum saat : klien mengatakan jika bepergian klien selalu menggunakan alas kaki / sandal, jika hujan menggunakan mantel.

saat diuji : klien hanya berjalan dan duduk ditempat tidur, jika dingin hanya menggunakan selimut.

10. Pola Komunikasi

Sebelum saat : klien mengatakan jika berkomunikasi dengan anggota keluarga maupun lingkungan rumah klien menggunakan bahasa Jawa dan terkadang menggunakan bahasa Indonesia.

saat diuji : klien mengatakan semakin di RS klien hanya berkomunikasi dengan keluarganya saja atau pasien disekitar.

11. Pola Spiritual

Sebelum saat : klien mengatakan dalam sehari-hari klien mengerjakan sholat 5 waktu.

saat diuji : klien mengatakan selama di RS klien sholat 5 waktu kadang

12. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan jarang berlibur dengan anggota keluarganya.

Saat dikaji : klien mengatakan klien hanya berlibur di atas tempat tidur.

13. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai petani untuk kegiatan sehari-harinya dan sebagai ibu rumah tangga yang baik.

Saat dikaji : klien mengatakan hanya berbaring dan duduk ditempat tidur R-S.

14. Pola Bermain

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya berkumpul- berkumpul dengan tetangganya.

Saat dikaji : klien mengatakan hanya berbaring dengan keluarga dan teman-teman sekelasnya.

7. PEMERIKSAAN FISIK

kesadaran umum : Baik, GCS : 15 E : 4, M : 6, V : 5

kesadaran : komposmentis

1. Pemeriksaan TTV : TD : 126 / 124 mmHg

N : 91 x/menit

RR : 18 x/menit

T : 36.2 °C

TB : 134 , BB : 63 kg

2. Kepala : Rambut berwarna hitam sedikit kerontokan, kulit bersih, tidak ada benjolan, simetris.

3. Mata : Konjungtiva anemis, sklera anikterik, simetris.

4. Hidung : Bersih, simetris, tidak ada menggunakan alat bantu napas.

5. Mulut : Lembab, tidak ada stomatitis

6. Telinga : Bersih, tidak ada serumen, Gendang simetris.

7. Dada : Paru : 1 : Bentuk simetris

P : Bunyi dasar pengembangan paru sama

P : Bunyi fonor

A : Vesikuler.

Jantung : I : tidak tampak letus cordis
P : vocal Fremitus pada lcs 4 & 5
P : Bunyi pekak
A : Bunyi jantung S₁, S₂ reguler, tidak ada
Bunyi tambahan, Bunyi lup dup

Abdomen : I : Bentuk Cembung
A : Bag Bising usus ≥ 4 x /menit
P : terdapat nyeri tekan
P : timpani

8. kulit : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi
9. Genitalia : Bersih, tidak ada haemoroid
10. Ekstremitas : Atas : tidak ada edema, arteri hangat, kekuatan otot 6, Infus cairan ditangan sebelah kiri NACC
20 tpm
Bawah : tidak terdapat edema, arteri hangat, tidak ada lesi, simetris

Terapi Injeksi (tanggal 15 Juni 2016)

- NACL 20 tpm
- katekoloc 1 Amp 2x1
- Ronitidin 1 Amp 1x1
- Ampicilin 1 Amp

8. PEMERIKSAAN PENUNJANG (15 Juni 2016 jam 1300)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Leukosit	H 14.30	$10^3 / \mu L$	4.80 - 10.80
eritrosit	H 5.58	$10^6 / \mu L$	4.20 - 5.40
Hemoglobin	15.6	g/dL	12.0 - 16.0
Hematokrit	H 45	%	37 - 43
MCV	81.2	fL	79.0 - 99.0
MCH	20.0	pg	27.0 - 31.0
MCHC	34.4	g/dL	33.0 - 37.0
trombosit	385	$10^3 / \mu L$	150 - 450
Hitung jenis			
Basofil	0.1	%	0.0 - 1.0
eosinofil	L 1.3	%	2.0 - 4.0
Neutrofil	H 81.3	%	50.0 - 70.0
Limfosit	L 10.4	%	25.0 - 40.0
monosit	6.9	%	2.0 - 8.0
Kimia Klinik			
Gula darah sewaktu	101.0	mg/dL	Premature 25 Newborn : 30 Adult : 70
Kreatinin	1.16	mg/dL	0.6 - 1.1

2. USG

— a. Rendl Oextra (RO) Uterus membesar
Sistema pelvic calyces sangat melebar, pyramid menipis

Ren sinistra (RS) uterus membesar
Sistema pelvic calyces sangat melebar, pyramid menipis

Gambaran hydronephrosis bilateral grade II-III

3. Rontgen

4. URS (Ureterorenoscopy)

5. EkG

D. ANALISA DATA

Tanggal	Data fokus	Etiologi	Problem
Kamis, 16 Juni 2016 Jam. 09.30	DS : - klien mengatakan nyeri perut pada bagian kanan P : klien mengatakan nyeri pada saat gerak Q : Rasa nyeri seperti ditusuk - tusuk R : nyeri pada bagian perut kanan saja S : Skala nyeri 3- T : nyeri ± 10 menit DO : - klien tampak menahan nyeri	Agensi injuri fisik	Nyeri Akut
Kamis, 16 Juni 2016 09.30	DS : - klien mengatakan jika akan dilakukan tindakan oleh perawat klien merasa takut dan cemas - klien mengatakan tekanan darahnya sering naik. DO : - klien tampak cemas TD : 176/129 mmHg N : 91 x/menit RR : 10 x /menit S : 36 ² °C	Proses jalanya penyakit	Gangguan Ansietas
Kamis 16 Juni 2016 09.30	DS : - klien mengatakan masih belum tahu tentang penyakit yang diderita DO : klien tidak tahu tentang penyakit yang di derita	Kurang paparan sumber informasi	kurang pengetahuan tentang penyakit

E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

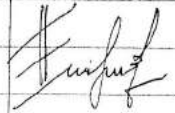
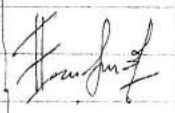
1. Nyeri Akut berhubungan Agen Ijari Fisik
2. Gangguan Ansietas berhubungan proses jalannya penyakit.
3. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang informasi

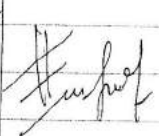
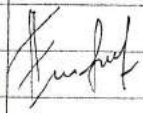
F. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari, tanggal	NO. Dx	tujuan	Intervensi
Kamis, 16 Juni 2016 10.00 WIB	1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil a. menunjukkan muka rileks b. tidak ada gangguan tidur c. melaporkan nyeri berkurang d. TTV dalam rentang normal.	1. Kaji nyeri secara komprehensif, lokasi, karakteristik dan frekuensi 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Observasi yang menyebabkan posisi nyeri 4. Berikan teknik distraksi relaksasi 5. Latihan mobilisasi 6. Uraikan dasar pemberian obat Analgesik. 7. Anjurkan pasien untuk puasa 8. Berikan injeksi antibiotik untuk eliminasi tindakan URS.
Kamis, 16 Juni 2016 10.00 WIB	2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan masalah Ansietas dapat teratasi: - menunjukkan muka rileks - dapat beresamunikasi secara terapeutik - TTV dalam rentang normal.	1. Gunakan pendekatan yang menyenangkan 2. Berikan informasi tentang rencana yang akan dilakukan oleh perawat 3. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien 4. Dengarkan dengan baik tentang kecemasan pasien 5. Berikan teknik napas dalam 6. Berikan teknik relaksasi distraksi

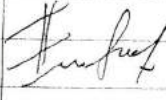
Kamis, 16 Juni 2016 10.00 WIB	3.	telah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengerti tentang proses penyakitnya. Dengan kriteria Haki : - Pasien paham tentang penyakitnya - Menjelaskan kembali tentang penyakitnya - Mengetahui kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas.	1- Taji pengetahuan klien tentang penyakitnya 2- Jelaskan kondisi tentang klien 3. Jelaskan tentang proses penyakit (tanda gejala, pengobatannya. 4. Jelaskan tentang informasi tindakan selanjutnya 5. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi. 6. tanyakan kembali penge- tahuan klien tentang penyakitnya.
---	-----------	---	--

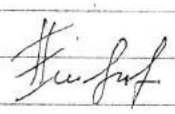
6. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	DX	Implementasi	Respon	Paraf.
Kamis, 16 Juni 2016 10.10 10.15 10.30 12.05 12.15	1.	1. Mengkaji nyeri secara komprehensif, lokasi, karakteristik, dan frekuensi 2. Mengobservasi tanda-tanda vital. 3. Memberikan teknik napas dalam & relaksasi 4. Memberikan obat injeksi antibiotik 5. Secara Intracutan 6. Memberikan obat antibiotik secara peroral	1. nyeri pada perut bagian kanan, nyeri seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 3. 2. TD: 116/124 mmHg, PR: 108/mnt N: 91x/menit, S: 36.2°C 3. Injeksi masuk posh relaksasi melancarkan tenyap napas dalam 4. Obat antibiotik masuk secara intracutan, tidak ada alergi 10 menit tdk alergi 5. Obat Antibiotik masuk lewat saluran infus dengan dosis 4cc	
Kamis, 16 Juni 2016 12.30 12.20 12.25 12.30	2.	1. Menderatkan diri pada pasien 2. Memberikan informasi tentang prosedur yang akan dilakukan 3. Mengajukan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien 4. Membantu pasien ganti baju untuk dilakukan tindakan URS	1. pasien kooperatif 2. pasien bingung dan tampak cemas 3. keluarga pasien memahami 4. pasien mengatakan takut akan dilakukan tindakan URS	
Kamis, 16 Juni 2016 10.35 10.35 10.40 10.45 11.00	3.	1. Mengkaji pengetahuan klien tentang penyakit yang diderita 2. Menjelaskan kondisi tentang penyakit klien 3. Memberikan informasi tentang tindakan terencana 4. Memberikan pengetahuan tentang gaya hidup 5. Mengajukan kembali tgl pengetahuan	1. klien belum bisa menjelaskan tentang penyakit yang diderita 2. Pasien memperhatikan 3. pasien kooperatif 4. Pasien akan mematuhi tentang gaya hidup 5. Pasien mengetahui ^{gila} bingung	

Jumat 17 Juni 2016 14.00 14.10 14.15 14.20 14.30	1.	1. Mengevaluasi ulang nyeri pada pasien 2. Mengobservasi tanda vital 3. Mobilisasi pasien untuk duduk. 4. Mengobservasi apakah ada keluhan atau tidak. 5. Melepaskan infus.	1. Klien mengatakan sudah tidak nyeri 2. TD: 172/122 mmHg, S: 36° RR: 18x/mnt, N: 92x/mnt 3. Pasien bisa duduk dengan tenang. 4. Klien mengatakan sudah tidak ada keluhan. 5. Pasien siap-siap pulang.	
Jumat 17 Juni 2016 14.20 14.25 14.25	2.	1. Mendeviasikan diri pada pasien 2. Mengajukan klien untuk berkomunikasi dengan teman sebangkunya 3. Memberikan informasi tentang prosedur tindakan perawat.	1. Pasien diajari ngobrol sudah enak. 2. Klien mematuhi 3. Klien hari ini sekitar jam 2 lebih sudah bisa pulang jika memang tidak ada keluhan lagi	
Jumat 17 Juni 2016	3.	1. Tanyakan kembali tentang penyakit yang di derita (tanda dan gejala dan penyebabnya). 2. Anjurkan untuk merubah gaya hidup 3. Intruksikan kapan harus ke pelayanan kesehatan atau kontrol.	1. Klien masih mengi- ngatnya. 2. Klien memahami dan akan merubah untuk lebih menjaga kesehatan. 3. Klien kooperatif.	

EVALUASI

Tanggal	NO. DX	Evaluasi	paraf
Kamis 16 Juni 2016 jam 13.30 WIB	1.	S: Klien mengatakan masih derita nyeri pada bagian perut kanan skala 3 O: - Klien tampak menahan nyeri - Skala nyeri 3 - Obat injeksi masuk jam 12.15 A: Masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Uagi skala nyeri pasien - Observasi ttv - kolaborasi pemberian Analgesik	
Kamis, 16 Juni 2016 jam 13.30 WIB	2.	S: - Klien mengatakan cemas saat dilakukan tindakan - Klien mengatakan tekanan darah tinggi sering naik O: Klien tampak cemas TD: 200 / 120 mmHg A: Masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi - pendalaman komunikasi terapeutik - berikan informasi reassurance dilakukan tindakan - Observasi ttv	
Kamis 16 Juni 2016 jam 13.30 WIB	3.	S: Klien mengatakan masih belum mengerti penyakit yang dideritanya. O: Klien tampak Gugung saat ditanya A: Masalah keperawatan belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Jelaskan kembali tentang penyakit yang diderita dan lakukan penkes	

tanggal	No. Dx	Evaluasi	Paraf
Jumat 17 Juni 2016 jam 15.00 WIB	1.	S : klien mengatakan sudah tidak ada keluhan lagi, nyeri sudah hilang O : klien tampak tenang dan nyaman. A : Masukan keperawatan teratasi P : Intervensi dihentikan.	
Jumat 17 Juni 2016 jam 15.00 WIB	2.	S : klien mengatakan sudah merasa nyaman dan tidak takut lagi karena mau pulang O : TD : 167/109 mmHg N : 87 x /mnt RR : 18 x /mnt S : 36.9°C A : Masalah keperawatan teratasi P : Hentikan intervensi	
Jumat 17 Juni 2016 15.00 WIB	3.	S : klien mengatakan sudah paham tentang penyakit yang dideritanya. O : klien paham dan tidak gugup lagi. A : masalah keperawatan teratasi P : Hentikan intervensi - Perin Garch pulang.	

**LAPORAN PENDAHULUAN PADA NY. R DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERKEMIHANCOLIK RENAL DI RUANG “ H “
PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**



DISUSUN OLEH:

ELLY RAHAYU SUSANTI

A01301744

PROGRAM STUDY DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG

LAPORAN PENDAHULUAN COLIK KRENAL

A. Pengertian

Kolik renal adalah nyeri yang disebabkan oleh obstruksi akut di ginjal, pelvis renal atau ureter oleh batu. Nyeri ini timbul akibat peregangan, hiperperitalsis, dan spasme otot polos pada sistem pelviokalis ginjal dan ureter sebagai usaha untuk mengatasi obstruksi. Istilah kolik sebetulnya mengacu kepada sifat nyeri yang hilang timbul (*intermittent*) dan bergelombang seperti pada kolik bilier dan kolik intestinal namun pada kolik renal nyeri biasanya konstan. Nyeri dirasakan di *flank area* yaitu daerah sudut kostovertebra kemudian dapat menjalar ke dinding depan abdomen, ke regio inguinal, hingga ke daerah kemaluan. Nyeri muncul tiba-tiba dan bisa sangat berat sehingga digambarkan sebagai nyeri terberat yang dirasakan manusia seumur hidup. Kolik renal sering disertai mual dan muntah, hematuria, dan demam, bila disertai infeksi

Batu ginjal merupakan batu saluran kemih (urolithiasis), sudah dikenal sejak zaman Babilonia dan Mesir kuno dengan diketemukannya batu pada kandung kemih mummi. Batu saluran kemih dapat ditemukan sepanjang saluran kemih mulai dari sistem kaliks ginjal, pielum, ureter, buli-buli dan uretra. Batu ini mungkin terbentuk di di ginjal kemudian turun ke saluran kemih bagian bawah atau memang terbentuk di saluran kemih bagian bawah karena adanya stasis urine seperti pada batu buli-buli karena hiperplasia prostat atau batu uretra yang terbentuk di dalam divertikel uretra.

Batu ginjal adalah batu yang terbentuk di tubuli ginjal kemudian berada di kaliks, infundibulum, pelvis ginjal dan bahkan bisa mengisi pelvis serta seluruh kaliks ginjal dan merupakan batu saluran kemih yang paling sering terjadi (Purnomo, 2000, hal. 68-69).

B. Insidens dan Etiologi

Penyakit batu saluran kemih menyebar di seluruh dunia dengan perbedaan di negara berkembang banyak ditemukan batu buli-buli sedangkan di negara maju lebih banyak dijumpai batu saluran kemih bagian atas (ginjal dan ureter), perbedaan ini dipengaruhi status gizi dan mobilitas aktivitas sehari-hari. Angka prevalensi rata-rata di seluruh dunia adalah 1-12 % penduduk menderita batu saluran kemih.

Penyebab terbentuknya batu saluran kemih diduga berhubungan dengan gangguan aliran

urine, gangguan metabolik, infeksi saluran kemih, dehidrasi dan keadaan-keadaan lain yang masih belum terungkap (idiopatik)

Secara epidemiologis terdapat beberapa faktor yang mempermudah terjadinya batu saluran kemih yang dibedakan sebagai faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

Faktor intrinsik, meliputi:

1. **Herediter**; diduga dapat diturunkan dari generasi ke generasi.
2. **Umur**; paling sering didapatkan pada usia 30-50 tahun
3. **Jenis kelamin**; jumlah pasien pria 3 kali lebih banyak dibanding pasien wanita.

Faktor ekstrinsik, meliputi:

1. **Geografi**; pada beberapa daerah menunjukkan angka kejadian yang lebih tinggi daripada daerah lain sehingga dikenal sebagai daerah stone belt (sabuk batu)
2. **Iklm dan temperatur**
3. **Asupan air**; kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium dapat meningkatkan insiden batu saluran kemih.
4. **Diet**; diet tinggi purin, oksalat dan kalsium mempermudah terjadinya batu saluran kemih.
5. **Pekerjaan**; penyakit ini sering dijumpai pada orang yang pekerjaannya banyak duduk atau kurang aktivitas fisik (sedentary life).

Teori Terbentuknya Batu Saluran Kemih

Beberapa teori terbentuknya batu saluran kemih adalah:

1. **Teori nukleasi**: Batu terbentuk di dalam urine karena adanya inti batu atau sabuk batu (nukleus). Partikel-partikel yang berada dalam larutan kelewat jenuh akan mengendap di dalam nukleus itu sehingga akhirnya membentuk batu. Inti bantu dapat berupa kristal atau benda asing saluran kemih.
2. **Teori matriks**: Matriks organik terdiri atas serum/protein urine (albumin, globulin dan mukoprotein) sebagai kerangka tempat mengendapnya kristal-kristal batu.
3. **Penghambat kristalisasi**: Urine orang normal mengandung zat penghambat pembentuk kristal yakni magnesium, sitrat, pirofosfat, mukoprotein dan beberapa peptida. Jika kadar salah satu atau beberapa zat ini berkurang akan memudahkan

terbentuknya batu dalam saluran kemih.

Komposisi Batu

Batu saluran kemih pada umumnya mengandung unsur: kalsium oksalat, kalsium fosfat, asam urat, magnesium-amonium-fosfat (MAP), xanthin dan sistin. Pengetahuan tentang komposisi batu yang ditemukan penting dalam usaha pencegahan kemungkinan timbulnya batu residif.

Batu Kalsium

Batu kalsium (kalsium oksalat dan atau kalsium fosfat) paling banyak ditemukan yaitu sekitar 75-80% dari seluruh batu saluran kemih. Faktor terjadinya batu kalsium adalah:

1. **Hiperkalsiuria:** Kadar kalsium urine lebih dari 250-300 mg/24 jam, dapat terjadi karena peningkatan absorpsi kalsium pada usus (**hiperkalsiuria absorbtif**), gangguan kemampuan reabsorpsi kalsium pada tubulus ginjal (**hiperkalsiuria renal**) dan adanya peningkatan resorpsi tulang (**hiperkalsiuria resorptif**) seperti pada hiperparatiridisme primer atau tumor paratiroid.
2. **Hiperoksaluria:** Ekskresi oksalat urine melebihi 45 gram/24 jam, banyak dijumpai pada pasien pasca pembedahan usus dan kadar konsumsi makanan kaya oksalat seperti the, kopi instan, soft drink, kakao, arbei, jeruk sitrun dan sayuran hijau terutama bayam.
3. **Hiperurikosuria:** Kadar asam urat urine melebihi 850 mg/24 jam. Asam urat dalam urine dapat bertindak sebagai inti batu yang mempermudah terbentuknya batu kalsium oksalat. Asam urat dalam urine dapat bersumber dari konsumsi makanan kaya purin atau berasal dari metabolisme endogen.
4. **Hipositraturia:** Dalam urine, sitrat bereaksi dengan kalsium membentuk kalsium sitrat sehingga menghalangi ikatan kalsium dengan oksalat atau fosfat. Keadaan hipositraturia dapat terjadi pada penyakit asidosis tubuli ginjal, sindrom malabsorpsi atau pemakaian diuretik golongan thiazide dalam jangka waktu lama.
5. **Hipomagnesiuria:** Seperti halnya dengan sitrat, magnesium bertindak sebagai penghambat timbulnya batu kalsium karena dalam urine magnesium akan bereaksi dengan oksalat menjadi magnesium oksalat sehingga mencegah ikatan dengan kalsium dengan oksalat.

Batu Struvit

Batu struvit disebut juga batu sebagai batu infeksi karena terbentuknya batu ini dipicu oleh adanya infeksi saluran kemih. Kuman penyebab infeksi ini adalah golongan pemecah urea (urea splitter seperti: *Proteus* spp., *Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobakter*, *Pseudomonas* dan *Stafilokokus*) yang dapat menghasilkan enzim urease dan mengubah urine menjadi basa melalui hidrolisis urea menjadi amoniak. Suasana basa ini memudahkan garam-garam magnesium, amonium, fosfat dan karbonat membentuk batu magnesium amonium fosfat (MAP) dan karbonat apatit.

Batu Urat

Batu asam urat meliputi 5-10% dari seluruh batu saluran kemih, banyak dialami oleh penderita gout, penyakit mieloproliferatif, pasien dengan obat sitostatika dan urikosurik (sulfonpirazone, thiazide dan salisilat). Kegemukan, alkoholik dan diet tinggi protein mempunyai peluang besar untuk mengalami penyakit ini. Faktor yang mempengaruhi terbentuknya batu asam urat adalah: urine terlalu asam ($\text{pH} < 6$, volume urine < 2 liter/hari atau dehidrasi dan hiperurikosuria.

C. MANIFESTASI KLINIS

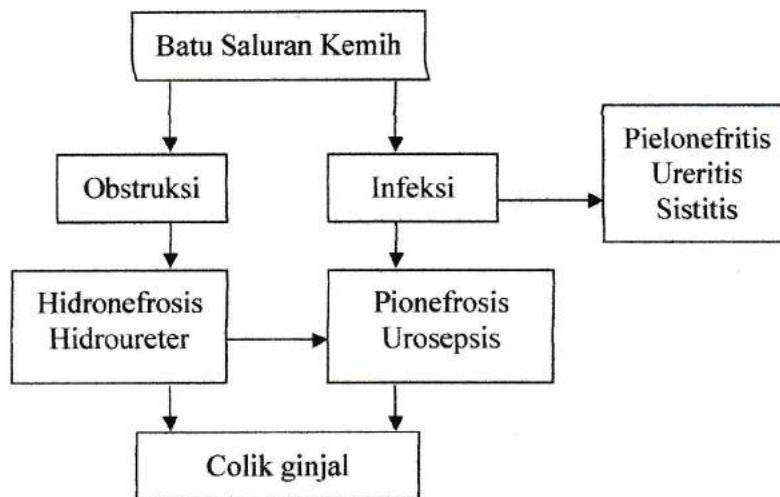
- Peningkatan Tekanan darah
- Nyeri hebat pada perut
- Mual dan muntah
- Kulit hangat
- Warna kulit kemerahan
- Mengonsumsi minum air kurang banyak
- Nyeri tekan pada area ginjal yang sakit

D. PATOFISIOLOGI

Batu saluran kemih dapat menimbulkan penyulit berupa obstruksi dan infeksi saluran kemih. Manifestasi obstruksi pada saluran kemih bagian bawah adalah retensi urine atau keluhan miksi yang lain sedangkan pada batu saluran kemih bagian atas

dapat menyebabkan hidroureter atau hidronefrosis. Batu yang dibiarkan di dalam saluran kemih dapat menimbulkan infeksi, abses ginjal, pionefrosis, urosepsis dan kerusakan ginjal permanen (gagal ginjal





E. PEMERIKSAN PENUNJANG

- Pemeriksaan laborat darah
- Pemeriksaan USG Abdominal
- RONTGEN

F. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
2. Resiko syok berhubungan dengan faktor resiko sepsis
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi

RENCANA dan INTERVENSI KEPERAWATAN

a. Pada klien dengan penyakit Colik Renal pre-operasi

NO	Dx Keperawatan	NOC	NIC																								
1	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam nyeri terkontrol : <table><tr><th>No</th><th>Kriteria</th><th>Score</th></tr><tr><td>1</td><td>Mengenal faktor penyebab nyeri</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>Mengenal tanda dan gejala nyeri</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Mengetahui onset nyeri</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>Menggunakan langkah-langkah pencegahan nyeri</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>Menggunakan teknik relaksasi</td><td>5</td></tr><tr><td>6</td><td>Menggunakan analgesic yang tepat</td><td>5</td></tr><tr><td>7</td><td>Melaporkan nyeri terkontrol</td><td>5</td></tr></table>	No	Kriteria	Score	1	Mengenal faktor penyebab nyeri	5	2	Mengenal tanda dan gejala nyeri		3	Mengetahui onset nyeri	5	4	Menggunakan langkah-langkah pencegahan nyeri	5	5	Menggunakan teknik relaksasi	5	6	Menggunakan analgesic yang tepat	5	7	Melaporkan nyeri terkontrol	5	<u>Manajemen nyeri</u> 1. Kaji secara komphrehensif tentang nyeri, meliputi: skala nyeri, lokasi, karakteristik dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri, dan faktor-faktor presipitasi. 2. Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan 3. Berikan analgetik sesuai dengan anjuran sebelum memulai aktivitas 4. Gunakan komunkiasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri 5. Kaji latar belakang budaya klien 6. Evaluasi tentang
No	Kriteria	Score																									
1	Mengenal faktor penyebab nyeri	5																									
2	Mengenal tanda dan gejala nyeri																										
3	Mengetahui onset nyeri	5																									
4	Menggunakan langkah-langkah pencegahan nyeri	5																									
5	Menggunakan teknik relaksasi	5																									
6	Menggunakan analgesic yang tepat	5																									
7	Melaporkan nyeri terkontrol	5																									

2			keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan 7. Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga 8. Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan 9. Motivasi klien untuk memonitor sendiri nyeri 10. Ajarkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam 11. Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri 12. Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup 13. Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau terjadi keluhan.
---	--	--	--

Resiko syok berhubungan dengan faktor resiko sepsis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam status tanda-tanda vital adukuat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>NO</th><th>Kriteria</th><th>Score</th></tr><tr><td>1</td><td>Temperature:36,3-37,5°C</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>Tekanan darah normal systole:100-140mmhg, diastole:70-90mmhg</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>Nadi:60-100x/mnt</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>Frekuensi pernapasan:18-24x/mnt</td><td>5</td></tr></table>	NO	Kriteria	Score	1	Temperature:36,3-37,5°C	5	2	Tekanan darah normal systole:100-140mmhg, diastole:70-90mmhg	5	3	Nadi:60-100x/mnt	5	4	Frekuensi pernapasan:18-24x/mnt	5	<u>Pencegahan syok</u> 1. Monitor status sirkulasi (tekanan darah, warna kulit, suhu tubuh, suara jantung, denyut jantung, denyut nadi perifer dan capillary refill) 2. monitor adanya tanda dan gejala ketidakadekuatan jaringan oksigenasi 3. monitor adanya kecemasan dan perubahan status mental 4. monitor status pernafasan 5. monitor intake dan output 6. monitor nilai laboratorium (hemoglobin, hematokrit, clotting profile, nilai elektrolit, cultures, dan profil kimia) 7. catat adanya petechiae dan kondisi membran mukosa
NO	Kriteria	Score															
1	Temperature:36,3-37,5°C	5															
2	Tekanan darah normal systole:100-140mmhg, diastole:70-90mmhg	5															
3	Nadi:60-100x/mnt	5															
4	Frekuensi pernapasan:18-24x/mnt	5															

			8. catat warna, jumlah dan frekuensi dari BAB dan muntah 9. monitor adanya nyeri abdomen 10. monitor secara dini respon kehilangan cairan (peningkatan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, kulit yang dingin) 11. posisikan pasien supinasi, jaga kepatenan jalan nafas, berikan terapi oksigenasi.									
3	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam Pengetahuan tentang proses penyakitnya terpenuhi dengan kriteria hasil : <table><tr><th>No</th><th>Kriteria</th><th>Score</th></tr><tr><td>1</td><td>Pasien familier dengan proses penyakitnya</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>Pasien/keluarga dapat mendeskripsikan proses penyakitnya,</td><td>5</td></tr></table>	No	Kriteria	Score	1	Pasien familier dengan proses penyakitnya	5	2	Pasien/keluarga dapat mendeskripsikan proses penyakitnya,	5	<u>Mengajarkan tentang proses penyakitnya</u> 1. Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya 2. Jelaskan tentang proses penyakitnya (tanda dan gejala) 3. Jelaskan tentang kondisi klien 4. Jelaskan tentang program pengobatan dan alternatif pengobatan 5. Diskusikan perubahan
No	Kriteria	Score										
1	Pasien familier dengan proses penyakitnya	5										
2	Pasien/keluarga dapat mendeskripsikan proses penyakitnya,	5										

			kondisi, prognosis dan program pengobatan		gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi
		3	Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.	5	6. Eksplorasi kemungkinan sumber yang bisa digunakan/ mendukung 7. Instruksikan kapan harus ke pelayanan 8. Tanyakan kembali pengetahuan klien tentang penyakitnya 9. Prosedur perawatan dan pengobatan.



**EFEKTIVITAS TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN TERTAWA DALAM
MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN PERILAKU
KEKERASAN di RSJD Dr. Amino GondoHutomo Semarang**

Dea Yuhanda W*), Ns. Hj. Dwi Heppy Rochmawati., M.Kep, Sp.Kep.J), S. Eko
Purnomo, S.Kp.,M.Kes***)**

*) Mahasiswa Program Sarjana Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo Semarang

**) Dosen Ilmu Keperawatan Unisula Semarang

***) Dosen Keperawatan dan Metodologi Poltekkes Semarang

ABSTRAK

Latar belakang Perkembangan kehidupan sekarang ini banyak mengalami perubahan dari pola hidup, pola aktifitas, serta perilaku. Perilaku kekerasan salah satu yang terjadi di kehidupan masyarakat dan mengakibatkan gangguan jiwa. Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 76,1%. Salah satu cara mengontrol perilaku kekerasan yaitu dengan cara memberikan terapi relaksasi nafas dalam dan tertawa. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang. Metodologi desain penelitian ini menggunakan *two group pre-post design*. Jumlah sampel 78 responden dengan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa selisih mean berbeda, relaksasi nafas dalam 0,94 dan tertawa 0,97. Analisis dengan uji wilcoxon didapatkan Z hitung sebesar 7,682 > Z tabel 5,000 dan *p value* 0,000. Simpulan penelitian menunjukkan bahwa kemampuan mengontrol perilaku kekerasan pada pasien yang diberikan terapi relaksasi dan tertawa di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang mengalami peningkatan dalam mengontrol perilaku kekerasan, serta diharapkan bahwa penelitian ini bermanfaat bagi pelayanan kesehatan, bagi keluarga dan bagi pasien.

Kata Kunci : Relaksasi Nafas Dalam, Tertawa, Perilaku kekerasan.

ABSTRACT

Background The development of this life many changes of lifestyle, activity patterns, and behavior. One of the violent behavior that occurred in the life of society and lead to mental disorders. Basic health research (Riskesdas) in 2013 showed that people with severe mental disorders over the age of 15 years in Indonesia reached 76.1%. One way to control the violent behavior that is giving a deep breath of relaxation therapy and laugh. The objective of this study aims to control violent behavior in patients with violent behavior in RSJD. Amino GondoHutomo Semarang. This research design methodology using two group pre-post design. Number of samples 78 respondents with a purposive sampling technique. The results showed that the mean difference is different, deep breathing relaxation and laughs 0.94 0.97. Analysis with the Wilcoxon test Z count obtained for 7.682> 5.000 and p Z table value 0.000. Conclusion The study shows that the ability to control violent behavior in patients given relaxation therapy and laugh at RSJD. Amino GondoHutomo Semarang has increased in controlling violent behavior, and it is hoped that this research beneficial to the health service, for family and for the patient.

Keywords: Relaxation Breath In, Laugh, Violent behavior.

PENDAHULUAN

Perkembangan kehidupan sekarang ini banyak mengalami perubahan dari pola hidup, pola aktifitas, perilaku hingga dari masalah keluarga dan masalah ekonomi yang mengganggu kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan sehat fisik, mental dan sosial, bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Definisi ini menekankan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekadar keadaan tanpa penyakit. Orang yang memiliki kesejahteraan dapat memenuhi tanggung jawab kehidupan dengan efektif dalam kehidupan sehari-hari dan puas dengan hubungan interpersonal dan diri mereka sendiri (Videbeck, 2008).

Sehat bukan hanya secara fisik yang terlihat diluarnya melainkan sehat secara rohani, mental, fisik, jiwa, dan psikologis. Sehat membuat manusia berfikir positif terhadap diri sendiri, membuat manusia mengembangkan potensi pada dirinya, mampu mengendalikan emosional pada dirinya, mampu menyelesaikan masalah kehidupan, mampu menerima kenyataan dan mampu beradaptasi dengan lingkungan. Jika mekanisme coping individu tidak baik akan mengganggu perkembangan jiwanya (Johnson, 1997).

WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Pada masyarakat umum terdapat 0,2 – 0,8 % penderita skizofrenia dan dari 120 juta penduduk di Negara Indonesia terdapat kira-kira 2.400.000 orang anak yang mengalami gangguan jiwa (Maramis, 2004 dalam Carolina, 2008). Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Bahwa gangguan jiwa setiap tahun akan mengalami peningkatan semakin

tinggi perkembangan jaman dan kerasnya kehidupan.

Departemen Kesehatan 2006 menyebutkan jumlah penderita gangguan jiwa berat sebesar 2,5 Juta jiwa, yang diambil dari data Rumah Sakit Jiwa se-Indonesia. Sementara itu 10% dari populasi mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapatkan perhatian karena termasuk rawan kesehatan jiwa. Di Jawa Tengah sendiri terdapat 3 orang perseribu penduduk yang mengalami gangguan jiwa dan 50% adalah akibat dari kehilangan pekerjaan. Dengan demikian dari 32.952.040 penduduk Jawa Tengah terdapat sekitar 98.856 orang yang mengalami gangguan jiwa (Wahyuni, 2007).

Salah satu gejala gangguan jiwa adalah munculnya perilaku yang tidak wajar dari biasanya seperti perilaku kekerasan atau tindakan kekerasan yang tidak wajar. “kekerasan” juga berkonotasi kecenderungan agresif untuk melakukan perilaku yang merusak (wikipedia, ¶) . Tindak kekerasan dipandang sebagai tindak kriminal yang dilakukan tanpa dikehendaki oleh korban yang menimbulkan dampak fisik, psikologis, sosial, serta spiritual bagi korban dan juga mempengaruhi sistem keluarga serta masyarakat menyeluruh (Hamid, 2008). Peristiwa-peristiwa yang mencerminkan tindakan kekerasan seperti pembunuhan, kerusuhan, pembakaran, pemukulan dan penyiksaan. Tindakan kekerasan menyebabkan penderita menyakiti orang lain. Tindakan kekerasan itu akan menimbulkan penderita cenderung mempunyai sikap perusak, marah dan mengakibatkan penderita muncul perilaku kekerasan jika tidak bisa dikontrol.

Dari latar belakang diatas dirumuskan sebagai berikut Perilaku kekerasan mendapatkan berbagai macam terapi dari terapi kelompok hingga individual, terapi yang diberikan juga banyak manfaatnya untuk gangguan jiwa. Terapi yang dapat

dilakukan meliputi: psikoterapi individual seperti terapi perilaku, psikoterapi kelompok yaitu terapi seni kreatif, dan terapi kerja serta ada juga psikoterapi analitis,. Salah satu bentuk terapi perilaku adalah dengan teknik relaksasi, relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan tegangan, pertama-tama jasmaniah, yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan jiwa peneliti selain itu juga ada tertawa, tertawa adalah salah satu cara memberdayakan diri yang orang banyak tidak tahu manfaatnya. Tidak jarang orang yang tertawa juga mengeluarkan air mata. Reaksi fisik ini, menjadi daya tarik meneliti efek tertawa bagi kesehatan. Maka pertanyaan penelitian sebagai berikut “ Apakah Ada Perbedaan Efektivitas Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan Tertawa dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan pada Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Aminogondo Hutomo Semarang ?”.

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian ditetapkan dengan tujuan agar penelitian dapat dilakukan dengan efektif dan efisien. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *two group pre-post design*. Ciri tipe penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam,2008).

Dari data yang diperoleh didapatkan total populasi pasien perilaku kekerasan yang dirawat di RSJD. Amino Gondo Hutomo Semarang pada tahun 2013 Selama 3 bulan terakhir pada tahun 2013 yaitu September sebanyak 375 orang. Ruang Citro Anggodo 13 pasien, ruang Dewa Ruci 13 pasien, Endro Tenoyo 13 pasien, Hudowo 5 pasien, Irawan Wibisono 21 pasien, dan didapatkan jumlah responden 78 pasien dalam penelitian.

Melakukan langkah-langkah terapi relaksasi nafas dalam dan terapi tertawa sesuai dengan SOP dan akan di evaluasi dalam bentuk kuesioner.

HASIL PENELITIAN

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di ruang rawat inap RSJD. Amino GondoHutomo Semarang diuraikan pada tabel sebagai berikut ;

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang Tahun 2014 (n = 78)

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	62	79,5
Perempuan	16	20,5
Total	78	100,0

Berdasarkan hasil data tabel 5.1 bahwa responden laki-laki lebih banyak dari responden perempuan, responden laki-laki dengan jumlah 62 responden atau (79,5%).

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang Tahun 2014 (n = 78)

Usia Responden	Frekuensi	Persentase
17 – 27 tahun	42	53,8
28 – 38 tahun	27	34,6
39 - 50 tahun	9	11,5
Total	78	100,0

Menurut hasil yang diperoleh dari tabel diatas bahwa usia yang paling banyak mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan dapat diketahui usia 17-27 tahun dengan jumlah 42 responden (53,8%) paling banyak mengalaminya, yang paling sedikit usia 39-50 tahun 9 responden (11,5%).

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden
Berdasarkan Pekerjaan
di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang
Tahun 2014 (n = 78)

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
buruh	20	25,6
pedagang	14	17,9
pelajar	3	3,8
pengangguran	23	29,5
swasta	12	15,4
wiraswasta	6	7,7
Total	78	100,0

Distribusi frekuensi tabel tersebut menunjukkan bahwa pengangguran lebih banyak daripada pekerjaan yang lainnya 23 responden adalah pengangguran dengan presentase 29,5%, yang paling sedikit pelajar 3 responden dengan presentase 3,8%.

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden
Berdasarkan Pendidikan
di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang
Tahun 2014 (n = 78)

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	40	51,3
SMP	28	35,9
SMA	10	12,8
Total	78	100,0

Tabel tersebut menunjukkan bahwa pendidikan responden lebih banyak ke SD dengan jumlah 40 responden (51,3 %), yang paling sedikit ke SMA 10 responden (12,8%).

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Mengontrol Perilaku
Kekerasan Sebelum Diberikan Terapi
Relaksasi Nafas Dalam di RSJD.
Amino GondoHutomo
Semarang Tahun 2014 (n = 39)

Mengontrol perilaku kekerasan	Frekuensi	Persentase
Tidak mampu	33	100,0
Total	33	100,0

Pada tahap sebelum pemberian terapi relaksasi nafas dalam responden perilaku kekerasan yang tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan berjumlah 33 responden (100%).

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Mengontrol Perilaku
Kekerasan Sesudah Diberikan Terapi
Relaksasi Nafas Dalam di RSJD.
Amino GondoHutomo
Semarang Tahun 2014 (n = 39)

Mengontrol perilaku kekerasan	Frekuensi	Persentase
Mampu	31	93,9
Tidak mampu	2	6,1
Total	33	100,0

Setelah pemberian terapi relaksasi nafas dalam pada tahap ini responden perilaku kekerasan mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 31 responden (93,9%).

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Mengontrol Perilaku
Kekerasan Sebelum
Diberikan Terapi Tertawa di RSJD.
Amino GondoHutomo
Semarang Tahun 2014 (n = 39)

Mengontrol Perilaku kekerasan	Frekuensi	Persentase
Tidak mampu	36	100,0
Total	36	100,0

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa pasien perilaku kekerasan sebelum diberikan terapi tertawa yang tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 36 responden (100%).

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Mengontrol Perilaku
Kekerasan Sesudah
Diberikan Terapi Tertawa di RSJD.
Amino GondoHutomo
Semarang Tahun 2014 (n = 39)

Mengontrol Perilaku kekerasan	Frekuensi	Persentase
Mampu	35	97,2
Tidak mampu	1	2,8
Total	36	100,0

Diketahui tabel 5.6 bahwa responden perilaku kekerasan sesudah diberikan terapi tertawa didapatkan frekuensi yang mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 35 responden (97,2%).

ANALISA BIVARIAT

Berdasarkan hasil uji perbedaan efektifitas terapi relaksasi nafas dalam dan tertawa mengontrol perilaku kekerasan di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang didapatkan hasil Sebagai Berikut ;

Tabel 5.9
Hasil Efektifitas Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan Tertawa Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang Tahun 2014

Terapi	Pre mean	Post mean	Sd pre	Sdpost
Relaksasi nafas dalam	2,00	1,06	0,000	0,242
Tertawa	2,00	1,03	0,000	0,167

Berdasarkan tabel 5.9 diatas dinyatakan bahwa relaksasi nafas dalam sebelum dilakukan meannya 2,00 sesudah dilakukan menjadi 1,06. Sedangkan tertawa sebelum dilakukan mean didapatkan 2,00 sesudah dilakukan 1,03. Dengan standar deviasi yang berbeda, relaksasi sebelum 0,000, sedangkan tertawa sebelum dilakukan 0,000. Setelah diberikan relaksasi menjadi 0,242,

sedangkan setelah diberikan tertawa menjadi 0,167.

Tabel 5.10
Perbedaan Efektifitas Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan Tertawa Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD. Amino GondoHutomo Semarang Tahun 2014

Kelompok Intervensi	Selisih Mean	SD	Z	p value
Relaksasi Nafas Dalam	0,94	0,242	582	0,000
Tertawa	0,97	0,167		

Berdasarkan hasil perbedaan tabel diatas menunjukkan bahwa responden yang diberikan terapi relaksasi nafas dalam lebih rendah dengan selisih mean 0,94 dibandingkan dengan terapi tertawa yang diberikan pada responden dengan selisih mean 0,97.

Berdasarkan tabel 5.9 Uji statistik Wilcoxon menguji efektifitas relaksasi nafas dalam dan tertawa dalam mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan didapatkan nilai *p* value sebesar 0,000 dan nilai *Z* sebesar 7,682. Nilai *p* value lebih kecil dari 0,05 dan nilai *Z* hitung $7,682 > Z$ tabel 5,000 maka demikian tertawa mengalami perbedaan peningkatan daripada relaksasi nafas dalam.

PEMBAHASAN

1. Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan hasil penelitian jenis kelamin, menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin laki-laki yaitu 62 responden (79,5%), sedangkan perempuan 16 responden (20,5%).

Berdasarkan teori Bowden dan Jonnes koping yang dilakukan laki-laki dalam memecahkan masalah cenderung menggunakan strategi yang lebih menarik diri seperti mencoba menyimpan

perasaannya, dan mencoba menjaga orang lain. Menurut Kaplan dan Sadock (1998, dalam Sunarto, 2007) bahwa faktor resiko untuk perilaku kekerasan adalah jenis kelamin laki-laki. Proses kognisi, emosi, perilaku dan ketidaksadaran dapat berinteraksi menyebabkan seseorang merasa jelek menilai dirinya sendiri atau menghasilkan hubungan yang negatif dengan orang lain. Hasil personal dari peran gender meliputi kecemasan, depresi, harga diri yang rendah atau stress. Bahwa konflik peran gender individu terjadi dari diri sendiri. Bahwa laki-laki lebih sering atau mudah mengalami gangguan kejiwaan perilaku kekerasan, sesuai dengan teori Soejono bahwa laki-laki cenderung sering mengalami perubahan peran dan penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan. Hal ini yang sering menjadi penyebab laki-laki yang mengalami gangguan jiwa dikarenakan gangguan psikologis dan emosional serta kurang percaya pada kemampuan sendiri sehingga membuat laki-laki lebih banyak mengalami gangguan jiwa.

2. Umur

Berdasarkan penelitian, peneliti mendapatkan hasil bahwa umur 17-27 paling banyak mengalami gangguan jiwa perilaku kekerasan yaitu berjumlah 42orang (53,8%).

Riset kesehatan dasar 2007 menyebutkan prevalensi gangguan mental emosional berupa depresi dan cemas pada masyarakat berumur diatas 15 tahun mencapai 11,6% ini menunjukkan masyarakat hidup dalam emosi dan kondisi kejiwaan bermasalah. Hal ini disebabkan pada usia ini masalah-masalah kepribadian sering bermunculan begitu luas dan kompleks (Muchid dkk, 2007).

Usia 17 tahun keatas disebabkan ini masalah-masalah kepribadian sering bermunculan begitu luas dan komplek (Kristiysrini 2008). Kondisi ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa

semakin bertambah usia seseorang, maka pengalaman yang diterimanya juga semakin banyak. Dengan demikian cara menjalani kehidupannya juga semakin matang (Hudak & Gallo, 1997).

3. Pekerjaan

Responden berdasarkan penelitian tersebut yang memiliki persentase lebih tinggi daripada yang lain adalah responden yang pengangguran dengan jumlah 23 orang (29,5%).

Pekerjaan merupakan hal yang sangat mempengaruhi konsep diri seseorang terutama pada peran individu. Seseorang yang tidak memiliki pekerjaan mungkin akan mempengaruhi konsep dirinya yang mana dipengaruhi oleh ideal diri dan harga diri. Ideal diri merupakan persepsi individu tentang perilakunya, disesuaikan dengan cita-cita, harapan, dan keinginan yang ingin dicapai. Namun ideal diri pada orang yang tidak bekerja akan berkurang karena individu tersebut merasa bahwa dia tidak bisa memenuhi kebutuhan hidupnya, dan merasa tidak berhasil, sehingga individu tersebut merasa cemas dan rendah diri, individu akan merasa mempunyai harga diri yang rendah, tidak diakui, merasa tidak mampu menghadapi kehidupan dalam mengontrol dirinya. Individu tersebut menjadi berfikir negatif, sehingga membuat hubungan sosial menjadi maladaptif (Sunaryo, 2004).

4. Pendidikan

Data dalam hasil penelitian pendidikan responden yang tertinggi adalah responden dengan tingkat pendidikan SD yaitu berjumlah 40orang (51,3%).

Tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Kecemasan terjadi karena individu tersebut tidak bisa memecahkan masalah dengan baik, semakin tingkat pendidikannya tinggi akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir (Stuart dan Sudeen. 200, dlm Rahma,

2010). Terbentuknya tindakan seseorang didasari atas perilaku, perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmojo, 2003).

5. Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Nafas Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan

Sebagian responden diberikan terapi relaksasi nafas dalam, sebelum diberikan terapi responden yang mampu mengontrol perilaku kekerasan hanya 6orang (15,4%), sedangkan yang tidak mampu ada 33orang (84,6%). Sesudah diberikan terapi responden mengalami penurunan pada yang tidak mampu menjadi 3orang (7,7%), sedangkan yang mampu mengalami peningkatan menjadi 36orang (92,3%).

Teknik relaksasi nafas dalam tidak saja menyebabkan efek yang menenangkan fisik tetapi juga menenangkan pikiran. Oleh karena itu beberapa teknik relaksasi seperti nafas dalam dapat membantu untuk meningkatkan kemampuan berkonsentrasi, kemampuan mengontrol diri, menurunkan emosi, dan depresi (Handoyo, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh kustanti dan widodo (2008) juga menunjukkan bahwa ada pengaruh teknik relaksasi yang berhubungan dengan pasien perilaku kekerasan salah satunya adalah relaksasi nafas dalam dan penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa ada pengaruhnya. Begitu juga dengan hasil penelitian Nanny Dyah Zelianti mendapatkan hasil p value 0,000 bahwa ada pengaruh sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam.

6. Pengaruh Pemberian Terapi Tertawa Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan

Responden berikutnya yang mendapatkan terapi tertawa, sebelum diberikan

responden yang mampu mengontrol perilaku kekerasan 4orang (10,3%), sedangkan yang tidak mampu ada 35orang (89,7%). Sesudah diberikan terapi tertawa mengalami peningkatan yang mampu menjadi 38orang (97,4%), sedangkan yang tidak mampu mengalami penurunan yaitu 1orang (2,6%).

Tawa adalah penangkal stress yang paling baik, murah, dan mudah dilakukan. Tawa adalah salah satu cara terbaik untuk mengendurkan otot. Tawa memperlebar pembuluh darah dan mengirim lebih banyak darah hingga ke ujung-ujung dan ke semua otot diseluruh tubuh. Satu putaran tawa yang bagus juga mengurangi tingkat hormon stress, epineprine dan cortisol. Bisa dikatakan tawa adalah sebetulnya meditasi dinamis atau relaksasi (Setyawan Tony, 2012). Terapi tertawa bermanfaat untuk menekan sekresi epineprine dan memperbanyak sekresi endorphin, sehingga perasaan menjadi tenang. Manfaat lain yang diperoleh adalah kesegaran dan kenyamanan, karena ketika tertawa otot-otot akan berelaksasi dan sirkulasi darah lancar sehingga kebutuhan oksigen tercukupi. Hal tersebut membuat keadaan emosional klien membaik sehingga menekan keinginan untuk marah.

Menurut penelitian Emawati Chasanah "Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Tingkat Kemarahan Klien Skizofrenia dengan Risiko Perilaku Kekerasan" didapatkan hasil penelitian tersebut mendapatkan nilai Z -3,275 dan nilai p 0,001 (Table 3). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi tertawa terhadap tingkat kemarahan klien dengan risiko perilaku kekerasan.

7. Perbedaan Efektifitas Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan Tertawa Dalam Mengontrol Perilaku Kekerasan

Dari hasil penelitian antara terapi relaksasi nafas dalam dan tertawa Berdasarkan hasil perbedaan keduanya menunjukkan bahwa responden yang diberikan terapi relaksasi nafas dalam lebih rendah dengan selisih mean 10,00 dibandingkan dengan terapi tertawa yang diberikan pada responden dengan selisih mean 12,51.

Berdasarkan penelitian tersebut sebelumnya dilakukan uji normalitas menggunakan kolmogorov smirnov dan hasilnya 0.000 data tersebut tidak normal. Data berdistribusi normal jika hasilnya lebih dari 0,05. Dengan menggunakan uji statistik non parametrik dengan wilcoxon efektifitas relaksasi nafas dalam dan tertawa dalam mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan didapatkan nilai p value sebesar 0,000 dan nilai Z sebesar 7,682. Nilai p value lebih kecil dari 0,05 dan nilai Z hitung $7,682 > Z$ tabel 5,0000 maka ada perbedaan antara relaksasi nafas dalam dan tertawa. Bahwa relaksasi nafas dalam lebih efektif daripada terawa.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

1. Karakteristik klien yang paling banyak di kategori usia yaitu usia 17-27 tahun (53,8%), klien untuk jenis kelamin paling banyak laki-laki 62 klien (79,5%). Klien untuk kategori pekerjaan paling banyak pengangguran 23 klien (29,5%), klien pendidikan paling banyak SD dengan klien 40 (51,3%).

2. Responden yang sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam mengontrol perilaku kekerasan mendapatkan hasil yang tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan berjumlah 33 responden (100%).

3. Responden sesudah diberikan terapi relaksasi nafas dalam ternyata mengalami penurunan menjadi mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 31 responden (93,9%).

4. Responden yang sebelum diberikan terapi tertawa dalam mengontrol perilaku kekerasan yaitu yang tidak mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 36 responden (100%).

5. Responden sesudah diberikan terapi tertawa responden mengalami penurunan dengan presentase frekuensi yang mampu mengontrol perilaku kekerasan sejumlah 35 responden (97,2%).

6. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terapi tertawa mengalami peningkatan dalam mengontrol perilaku kekerasan sedangkan terapi relaksasi nafas dalam mengalami penurunan mengontrol perilaku kekerasan. Maka dari itu terapi tertawa lebih efektif daripada terapi relaksasi nafas dalam.

SARAN

1. Bagi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa

Dilakukan pelatihan untuk relaksasi nafas dalam dan tertawa yang belum pernah mendapatkan pelatihan secara khusus. Terapi relaksasi dan terapi tertawa bisa menjadi program di Rumah Sakit Jiwa dan bisa dilakukan selama sehari 2 kali, karena prosedur relaksasi nafas dalam dan prosedur terapi tertawa dalam penelitian ini dapat mengontrol perilaku kekerasan pada pasien perilaku kekerasan.

2. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga dapat melatih dan mendampingi pasien untuk mengontrol perilaku kekerasannya dan pasien juga dapat berlatih sendiri dengan prosedur yang sudah ditentukan.

3. Bagi peneliti selanjutnya
Untuk peneliti selanjutnya lebih baik bisa membandingkan terapi tertawa dengan terapi yang lain selain relaksasi nafas dalam, atau tentang terapi tertawa terhadap tingkat emosi pada perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Hamid, A.Y. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Arikunto, S (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan. Revisi IV*. Jakarta : Rineka Cipta
- Agus, R. (2001). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Chasannah, E. *Pengaruh Terapi Tertawa Terhadap Tingkat Kemarahan klien Skizofrenia dengan Resiko Perilaku Kekerasan*.
<http://publikasi.umy.ac.id/index.php/psik/article/view/5093>.
- Chandrawinata, J (2007), *Tingkat Pendidikan Pengaruhi Daya Tahan Stress*. www.hupelita.com.
- Emmawati, C. (2010). *Terapi Tawa*. Diunduh dari http://www.holistic-online.com/Humor_Therapy/humor_therapy_introduction.htm.
- Farida, K. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Handoyo, A. (2005). *Panduan Praktis Aplikasi oleh Nafas 2*. Jakarta : Elex Media Komputindo
- Hidayat, A.A (2007). *Metode Penelitian Kebidanan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Hidayat (2007). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Keliat, B.A. (2009). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta : EGC
- Kaplan & Saddock, (1998). *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat (edisi 3)*, Alih bahasa, WM. Roan, Jakarta : Widya Medika
- Kataria, M. (2004). *Laugh for no reason (Terapi Tawa)*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Maramis, W.F. (1995). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya ; Airlangga UnivercityPress.
- Maramis, W.F. (2004). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoatmodjo, S (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta ; Salemba Medika
- Nurhasan, D. *Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Perilaku Kekerasan*.
<http://pustaka.unpad.ac.id/archive/s/124564>.
- Nita, F. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi*

- Pelaksanaan*. Jakarta : Salemba Medika
- Rahma, Janah (2010). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Remaja tentang disminorhea dengan tingkat kecemasan pada saat mengalami disminorhea*. Unimus.ac.id
- Setiawan, A.S (2011). *Metodologi Penelitian Kebidanan DIII, DIV, S1 dan S2*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Setyawan, T. (2012). *Terapi Sehat Dengan Tertawa*. Jakarta : Gramedia
- Stuart, G.W, & S.J. sundean (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3 ke-3*. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (Ed ke-7). St. Louis: Mosby, Inc.
- Sugiyono (2005). *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta
- Sunarto (2007). *Pengaruh Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Terhadap Kemampuan Mencegah Perilaku Kekerasan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD. Amino Gondohutomo Semarang. Skripsi Stikes Karya Husada Semarang*.
- Sunaryo (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Susana, A.S (2009). *Terapi Modalitas Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta ; EGC
- Tomb, D.A. (2003). *Buku Saku Psikiatri*. Jakarta : EGC
- Videbeck, S. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Wasis (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat I*. Jakarta : EGC

**EFEKTIFITAS KOMPRES HANGAT DALAM MENURUNKAN INTENSITAS
NYERI DYSMENORRHOEA PADA MAHASISWI STIKES RS. BAPTIS KEDIRI**

**WARM COMPRESS EFFECTIVENESS IN REDUCING DYSMENORRHOEA
PAIN INTENSITY ON STIKES RS. BAPTIS KEDIRI STUDENTS**

Vonny Merdianita Dwi Anugraheni
Aries Wahyuningsih
STIKES RS. Baptis Kediri
(aries.wahyuningsih@yahoo.co.id)

ABSTRAK

Kontraksi otot perut yang terjadi terus menerus akibat keluarnya darah saat menstruasi menyebabkan nyeri (*dysmenorrhoea*). Pemberian kompres hangat akan melebarkan pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah lokal yang mengakibatkan relaksasi kemudian dapat menurunkan nyeri. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kompres hangat sebagai upaya mengurangi intensitas nyeri dismenorea. Rancangan penelitian ini pra-eksperimental *one group pre-post test design*. Populasinya mahasiswa tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri yang mengalami *dysmenorrhoea* dan memenuhi kriteria inklusi. Sampelnya 30 responden. Data dianalisis menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan tingkat signifikansi $\alpha \leq 0,05$. Hasil penelitian didapatkan 16 responden (53,3%) mengalami nyeri berat dan 14 responden (46,7%) mengalami nyeri sedang sebelum diberikan kompres hangat, sesudah kompres hangat 19 responden (63,3%) mengalami intensitas nyeri ringan dan 11 responden (36,7%) nyeri sedang. Kesimpulannya kompres hangat dapat menurunkan intensitas nyeri *dysmenorrhoea* pada mahasiswa.

Kata kunci : kompres hangat, *dysmenorrhoea*, intensitas nyeri

ABSTRACT

Abdominal muscle contraction that occurs continuously as blood discharge during menstruation will cause pain (*dysmenorrhoea*). Giving warm compress will be dilates blood vessels and increase local blood flow which resulting relaxation and can reduce pain. The purpose of research was to analyze warm compress as an effort to decrease *dysmenorrhoea*'s pain intensity. The design of this research was pre-experimental one group pre-post test design. The population was 4th grade students of STIKES RS. Baptis Kediri who experienced *Dysmenorrhoea* that met inclusion criteria. The samples were 30 respondents. The data were analyzed using *Wilcoxon Signed Ranks Test* with significant level $\alpha \leq 0.05$. The results showed 16 respondents (53.3%) experienced severe pain and 14 respondents (46,7%) experienced moderate pain before given warm compress. After given warm compress, 19 respondents (63.3%) experienced mild pain and 11 responden (36,7%)

experienced moderate pain. The conclusion is warm compresses can reduce the intensity of severe pain to mild pain in dysmenorrhoea women.

Keywords: warm compress, dysmenorrhoea, pain intensity

Pendahuluan

Peristiwa penting yang menandai masa pubertas perempuan adalah menstruasi. Menstruasi atau haid adalah keluarnya darah dari dalam rahim melalui vagina. Darah ini keluar sebagai akibat dari meluruhnya lapisan dalam rahim yang mengandung pembuluh darah serta sel telur yang tidak dibuahi. Normalnya, setiap wanita pasti mengalami proses ini, meski waktu menstruasi pertama kali serta lamanya menstruasi pada setiap wanita itu berbeda – beda. Banyak wanita mengalami ketidaknyamanan fisik selama beberapa hari sebelum periode menstruasi mereka datang. Kira – kira setengah dari seluruh wanita menderita akibat *dysmenorrhoea*, atau menstruasi yang menyakitkan terutama di daerah simphysis pubis. *Dysmenorrhoea* merupakan rasa sakit akibat menstruasi yang sangat menyiksa karena nyerinya luar biasa menyakitkan (Nurchasanah, 2009). *Dysmenorrhoea* dibagi menjadi dua bagian, yaitu *dysmenorrhoea* primer dan *dysmenorrhoea* sekunder. *Dysmenorrhoea* primer dapat disebabkan oleh beberapa Faktor, antar lain kejiwaan (psikologis), endokrin atau hormonal (fisiologis), dan alergi. *Dysmenorrhoea* sekunder biasanya ditemukan jika terdapat penyakit atau kelainan pada alat reproduksi (patologis). Nyeri dapat terasa sebelum, selama, dan sesudah haid (Laila, 2011). Penggunaan kompres hangat diharapkan dapat meningkatkan relaksasi otot-otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan serta memberikan rasa hangat lokal. Umumnya panas cukup berguna untuk pengobatan. Panas menurunkan kontraksi dan meningkatkan sirkulasi.

Di Indonesia sebesar 64.25 % yang terdiri dari 54,89% *dysmenorrhoea* primer dan 9,36 % *dysmenorrhoea* sekunder. Berdasarkan data awal yang diambil oleh peneliti pada tanggal 11 November 2011 didapatkan dari 38 mahasiswi tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri yang mengalami menstruasi satu bulan terakhir yaitu pada bulan Oktober didapatkan data bahwa ada 33 mahasiswi (87%) yang mengalami riwayat *dysmenorrhoea*, dengan intensitas nyeri sedang sebanyak 20 mahasiswi (60%), dan intensitas nyeri berat sebanyak 13 mahasiswi (40%). 5 mahasiswi (13%) tidak mengalami *dysmenorrhoea*. Dari 33 mahasiswi yang mengalami *dysmenorrhoea* 17 mahasiswi (51%) diantaranya menggunakan tindakan farmakologis dengan menggunakan obat – obatan, dan 15 mahasiswi (45%) menggunakan tindakan nonfarmakologis dengan cara istirahat dan 1 mahasiswi (3%) menggunakan tindakan nonfarmakologis dengan mendengarkan musik.

Dysmenorrhoea adalah keluhan yang sering dialami perempuan pada bagian perut bawah. Nyeri haid merupakan penyakit yang sudah cukup lama dikenal. Nyeri yang dirasakan saat haid tidak hanya terjadi pada bagian simphysis pubis, namun beberapa remaja perempuan kerap merasakannya pada punggung bagian bawah, pinggang, panggul, otot paha atas, hingga betis. Rasa nyeri dapat disebabkan oleh kontraksi otot perut yang terjadi secara terus menerus saat mengeluarkan darah. Kontraksi yang sangat sering ini kemudian menyebabkan otot menegang (Laila, 2011). *Dysmenorrhoea* dibagi menjadi dua bagian, yaitu *dysmenorrhoea* primer dan *dysmenorrhoea* sekunder.

Dysmenorrhoea primer adalah nyeri menstruasi yang dirasakan tanpa adanya kelainan pada alat reproduksi, dan biasanya terjadi setelah 12 bulan atau lebih, dimulai sejak haid yang pertama. *Dysmenorrhoea* primer dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antar lain kejiwaan (psikologis), endokrin atau hormonal (fisiologis), dan alergi. *Dysmenorrhoea* sekunder biasanya ditemukan jika terdapat penyakit atau kelainan pada alat reproduksi (patologis). Nyeri dapat terasa sebelum, selama, dan sesudah haid. Penyebab terjadinya *dysmenorrhoea* sekunder bisa diakibatkan oleh salpingitis kronis, yaitu infeksi yang lama pada saluran penghubung rahim dengan kandung telur. Kondisi ini paling sering ditemukan pada wanita berusia 30 – 45 tahun (Pusva, 2009). Pada sebagian besar perempuan, nyeri menstruasi yang dirasakan dapat berupa nyeri samar, tetapi ada sebagian yang lain dapat terasa kuat bahkan bisa membuat aktifitas terganggu lambat. Banyak wanita berbaring karena terlalu menderita nyeri itu sehingga ia tidak dapat mengerjakan apapun bahkan ada yang membolos sekolah saat *dysmenorrhoea* itu terjadi (Laila, 2011). Penggunaan kompres hangat diharapkan dapat meningkatkan relaksasi otot-otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan serta memberikan rasa hangat lokal. Umumnya panas cukup berguna untuk pengobatan. *Dysmenorrhoea* terjadi karena reaksi kontraksi otot miometrium yang mengakibatkan kontraksi berlebih yang membuat perut terasa mulas / nyeri, dan nyeri ini dapat diturunkan dengan kompres air hangat. Suhu yang hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadinya vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi berlebih yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun.

Dysmenorrhoea dapat dikurangi secara farmakologis dan non farmakologis. Secara nonfarmakologis dapat dilakukan dengan relaksasi, kompres air hangat, senam atau olahraga teratur dan distraksi. Sedangkan cara

farmakologis dengan obat golongan *nonsteroid anti-inflammatory drugs* (NSAIDs) diantaranya ada ibu profen, naproxen, diclofenac, hydrocodone dan acetaminophen, ketoprofen, meclofenamate sodium tetapi obat-obat tersebut menyebabkan ketergantungan dan memiliki kontraindikasi yaitu *hipersensitifitas*, *ulkus peptic* (tukak lambung), perdarahan atau *perforasi gastrointestinal*, insufisiensi ginjal, dan resiko tinggi perdarahan. Aplikasi kompres panas dapat mengakibatkan dilatasi atau membuka aliran darah yang mengakibatkan relaksasi dari otot. Suhu panas diketahui bisa meminimalkan ketegangan otot. Akibatnya setelah otot rileks, rasa nyeripun berangsur – angsur hilang.

Metodologi Penelitian

Rancangan Penelitian pada hakikatnya sebagai suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini rancangan penelitiannya *Pra eksperimental (One group pre- post test design)* dimana penelitian ini tidak ada kelompok pembandingan (*kontrol*) tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama (*pretest*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (Setiadi, 2007). Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 38 mahasiswi dan sampel diambil dari mahasiswi tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 30 orang dengan menggunakan teknik *Accidental Sampling*, dimana teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan atau insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Notoatmodjo, 2005). Variabel

independennya adalah Pemberian Kompres Hangat. Variabel dependennya adalah Intensitas Nyeri.

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan wawancara terstruktur untuk mendapatkan data nyeri *dysmenorrhoea* sebelum dilakukan kompres hangat, setelah itu peneliti membuat kontrak atau kesepakatan jika dalam waktu pengambilan data responden mengalami *dysmenorrhoea* maka responden menghubungi peneliti setelah itu peneliti akan mendatangi responden untuk memberikan kompres hangat kepada responden. Kemudian data dianalisa dengan menggunakan *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

Hasil Penelitian

Data umum

Data umum menyajikan karakteristik responden berdasarkan usia, pertama menstruasi (*menarche*), siklus menstruasi dan lama menstruasi.

Tabel 1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia di STIKES RS. Baptis Kediri pada Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Usia	Frekuensi	%
20 tahun	2	6,7
21 tahun	12	40
22 tahun	14	46,6
23 tahun	2	6,7
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 1 diketahui responden berusia 22 tahun ada 14 (46,6%) dan 21 tahun (40 %).

Tabel 2 Karakteristik Responden berdasarkan Usia Pertama Menstruasi di STIKES RS. Baptis Kediri pada Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Usia Pertama Menstruasi	Frekuensi	%
11 tahun	3	10
12 tahun	8	26,7
13 tahun	7	23,3
14 tahun	5	16,7
15 tahun	6	20
17 tahun	1	3,3
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil paling banyak pertama kali menstruasi usia 12 tahun (26,7 %) dan 13 tahun (23,3 %).

Tabel 3 Karakteristik Responden berdasarkan Siklus Menstruasi di STIKES RS. Baptis Kediri pada Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Siklus Menstruasi	Frekuensi	%
24 hari	1	3,3
27 hari	1	3,3
28 hari	17	56,7
29 hari	2	6,7
30 hari	9	30,0
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa siklus menstruasi lebih setengah (56,7 %) 28 hari.

Tabel 4 Karakteristik Responden berdasarkan Lama Menstruasi di STIKES RS. Baptis Kediri pada Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Lama Menstruasi	Frekuensi	%
3 hari	1	3,3
4 hari	3	10,0
5 hari	7	23,3
6 hari	8	26,7
7 hari	11	36,7
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa lama menstruasi responden berkisar 5 sampai 7 hari.

Data Khusus

Data khusus menyajikan data intensitas nyeri awal sebelum diberikan terapi kompres hangat dan 20 menit sesudah diberikan kompres hangat.

Tabel 5 Intensitas Nyeri Sebelum dan Sesudah Dilakukan Kompres Hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang Mengalami *Dysmenhorrea* di STIKES R.S. Baptis Kediri Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Intensitas Nyeri	Sebelum		Sesudah	
Tidak nyeri (0)	0	0	0	0
Nyeri ringan (1-3)	0	0	19	63,3
Nyeri sedang (4-6)	14	46,67	11	36,67
Nyeri berat (7-9)	16	53,3	0	0
Nyeri berat tak terkontrol (10)	0	0	0	0
Jumlah	30	100	30	100

Berdasarkan tabel 5 diketahui intensitas nyeri sebelum kompres hangat berat (53,3 %) dan sedang (46,67 %). Sedangkan setelah kompres hangat terjadi penurunan intensitas nyeri menjadi nyeri ringan (63,3%) dan sedang (36,67 %)

Tabel 6 Hasil Uji *Statistic Descriptive - Frequency* terhadap Intensitas Nyeri Sebelum dan Sesudah dilakukan Pemberian Kompres Hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang Mengalami *Dysmenorrhoea* di STIKES RS. Baptis Kediri pada Tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012.

Intensitas Nyeri	Descriptive Statistic-Frequency			
	Med	Mode	Min	Max
Sebelum	4,00	4,00	3,00	4,00
Sesudah	2,00	2,00	2,00	3,00

Dari hasil uji *descriptive statistic – frequency* di atas dapat diketahui bahwa intensitas nyeri responden sebelum diberikan kompres hangat berkisar antara nyeri sedang sampai nyeri berat dengan titik tengah nyeri berat, sedangkan intensitas nyeri responden sesudah diberikan kompres hangat berkisar antara nyeri ringan sampai nyeri sedang dengan titik tengah nyeri ringan.

Sesudah dilakukan uji statistic dengan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan hasil intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kompres hangat $p = 0,00$, $p < \alpha$ (0,05) maka H_a diterima dan H_o ditolak ada beda signifikan antara nyeri sebelum dan sesudah di kompres. Bahwa intensitas nyeri sesudah lebih kecil dari intensitas nyeri sebelum jadi kompres hangat berpengaruh menurunkan nyeri haid dari nyeri berat menjadi nyeri ringan.

Pembahasan

Intensitas Nyeri Sebelum Dilakukan Kompres Hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang Mengalami *Dysmenorrhoea* di STIKES R.S Baptis Kediri.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tingkat intensitas nyeri sebelum dilakukan kompres hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang mengalami *dysmenorrhoea* di STIKES R.S. Baptis Kediri, diperoleh hasil lebih dari 50% responden dengan intensitas nyeri berat sebanyak 16 responden (53,3%). Paling banyak responden yang mengalami nyeri berat pada usia 22 tahun, usia pertama menstruasi 14 tahun, siklus menstruasi 30 hari, dan lama menstruasi 6 hari. Respon dari tiap responden bervariasi diantaranya berbaring di tempat tidur, merintih kesakitan, dan mengeluh pusing. Intensitas nyeri pada responden berkisar antara 3 (nyeri sedang) sampai 4 (nyeri berat) dengan titik tengah 4 (nyeri berat).

Dysmenorrhoea merupakan rasa sakit akibat menstruasi yang sangat menyiksa karena nyerinya luar biasa menyakitkan (Nurchasanah, 2009). *Dysmenorrhoea* dibagi atas dua bagian, yaitu *dysmenorrhoea* primer dan *dysmenorrhoea* sekunder. *Dysmenorrhoea* primer adalah nyeri menstruasi yang dirasakan tanpa adanya kelainan pada alat reproduksi. Dengan kata lain, ini adalah rasa nyeri yang biasa dirasakan oleh perempuan saat mengalami haid. Rasa nyeri ini biasanya terjadi setelah 12 bulan atau lebih, dimulai sejak haid yang pertama. Bahkan, ada sebagian perempuan yang selalu merasakan nyeri setiap menstruasi datang, *Dysmenorrhoea* sekunder adalah nyeri haid yang disebabkan oleh faktor patologi pelvis secara anatomis atau makroskopis dan terutama terjadi pada wanita berusia 30 – 45 tahun. *Dysmenorrhoea* disebabkan karena kontraksi otot miometrium yang berlebihan selanjutnya kontraksi miometrium yang disebabkan oleh prostaglandin akan mengurangi aliran darah, sehingga terjadi kekurangan oksigen dalam sel-sel miometrium yang mengakibatkan timbulnya nyeri spasmodik, nyeri ini menyebabkan perut terasa mulas atau nyeri pada saat menstruasi, hal ini tidak terjadi pada semua wanita yang mengalami menstruasi. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi atau memicu terjadinya *dysmenorrhoea* diantaranya faktor kejiwaan, riwayat *dysmenorrhoea* pada pertama menstruasi, faktor konstitusi, faktor hormon, dan faktor alergi.

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri bersifat individualistik, karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri. Intensitas nyeri adalah gambaran tentang tingkat keparahan nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual sehingga kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat

berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri, 2007). Intensitas nyeri yang dirasakan berbeda disebabkan kondisi tubuh setiap individu berbeda-beda, keberadaan *enkefalin* dan *endorfin* membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Kadar *endorfin* berbeda tiap individu, individu dengan *endorfin* tinggi sedikit merasakan nyeri dan individu dengan sedikit *endorfin* merasakan nyeri lebih besar.

Berdasarkan hasil penelitian paling banyak responden mengalami intensitas nyeri berat, hal ini dapat dilihat dari respon responden secara obyektif terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri yang dirasakan, nyeri tidak hilang dengan alih posisi atau nafas panjang dan distraksi. Selain data tersebut, peneliti bisa melihat respon nyeri responden dari gerakan tubuh (misalnya gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari & tangan), selain itu peneliti menggunakan skala nyeri VAS (*Visual Analog Scale*) untuk mengkaji nyeri responden. VAS akan membuat responden dapat mengidentifikasi keparahan nyeri mulai nyeri ringan, sedang, berat secara verbal yang dirasakan sebelum menggunakan terapi dengan tujuan peneliti bisa mengevaluasi penurunan atau peningkatan nyeri dari responden setelah terapi dilakukan.

Dampak *dysmenorrhoea* yang dialami oleh responden yang mengalami nyeri berat dapat membuat aktifitas terganggu, banyak responden yang hanya berbaring di tempat tidur menyeringai nyeri sambil memegang bagian perut yang sakit, mudah tersinggung, mudah marah, cepat letih, cemas, penurunan kualitas hidup, sulit untuk tidur, menurunkan ketahanan tubuh, ketidaknyamanan fisik seperti sulit berkonsentrasi, payudara terasa nyeri, perut kembung, sakit kepala dan nyeri sendi.

Intensitas Nyeri Sesudah Dilakukan Kompres Hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang Mengalami Dysmenorrhoea di STIKES R.S Baptis Kediri.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tingkat intensitas nyeri sesudah dilakukan kompres hangat pada Mahasiswi Tingkat IV yang mengalami *dysmenorrhoea* di STIKES R.S. Baptis Kediri diketahui lebih dari 50% responden dengan intensitas nyeri ringan sebanyak 19 responden (63,3%). Paling banyak responden yang mengalami nyeri ringan pada usia 21 dan 22 tahun, usia pertama menstruasi 12 tahun, siklus menstruasi 28 hari, dan lama menstruasi 7 hari. Intensitas nyeri pada responden berkisar antara 2 (nyeri ringan) sampai 3 (nyeri sedang) dengan titik tengah 2 (nyeri ringan).

Berdasarkan hasil penelitian sesudah dilakukan kompres hangat didapatkan paling banyak responden dengan intensitas nyeri ringan. Nyeri ringan secara objektif responden dapat berkomunikasi dengan baik (Perry & Potter, 2005). Responden bisa mendeskripsikan secara berangsur-angsur penurunan nyeri yang dirasakan saat dan setelah dilakukan kompres hangat, nyeri ringan ini dapat membuat responden menjadi lebih rilek dan terasa nyaman. Penurunan nyeri responden terjadi disebabkan adanya perpindahan panas secara konduksi dari buli-buli panas ke dalam perut yang melancarkan sirkulasi darah dan menurunkan ketegangan otot sehingga menurunkan nyeri pada responden yang mengalami *dysmenorrhoea*. *Dysmenorrhoea* dapat diminimalkan dengan 2 cara yaitu Farmakologi dengan obat-obatan dan Non Farmakologi dengan kompres hangat.

Menurut peneliti kompres hangat adalah suatu metode dalam penggunaan suhu hangat setempat yang dapat menimbulkan efek fisiologis. Kompres hangat dapat digunakan pada pengobatan nyeri dan merelaksasikan otot – otot yang

tegang. Kompres hangat dilakukan dengan mempergunakan buli – buli panas atau kantong air panas secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari buli – buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri haid yang dirasakan akan berkurang atau hilang. Kompres hangat memiliki beberapa pengaruh meliputi melebarkan pembuluh darah dan memperbaiki peredaran daerah di dalam jaringan tersebut, pada otot panas memiliki efek menurunkan ketegangan, meningkatkan sel darah putih secara total dan fenomena reaksi peradangan serta adanya dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah serta peningkatan tekanan kapiler. Tekanan oksigen dan karbondioksida didalam darah akan meningkat sedangkan derajat keasaman darah akan mengalami penurunan.

Penggunaan kompres air hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi berlebih yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun. Kompres hangat dengan suhu 50°C – 60°C mengakibatkan terjadinya vasodilatasi di daerah simphisis pubis yang bisa membuka aliran darah membuat sirkulasi darah lancar kembali sehingga terjadi relaksasi pada otot mengakibatkan kontraksi otot menurun. Setelah intensitas nyeri berangsur-angsur menurun, respon responden merasa lebih rilek, dapat melaksanakan aktifitas minimal, peningkatan kualitas hidup dan respon psikologis dapat lebih terkontrol sehingga tidak cepat marah.

Pemberian Kompres Hangat sebagai Upaya Penurunan Intensitas Nyeri Dysmenorrhoea pada Mahasiswi Tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri.

Intensitas nyeri pada responden yang mengalami *dysmenorrhoea* di STIKES R.S. Baptis Kediri lebih dari 50% responden sebelum dilakukan kompres hangat dengan intensitas nyeri berat yaitu sebanyak 16 responden (53,3%) dan Sesudah dilakukan kompres hangat lebih dari 50% responden dengan intensitas nyeri ringan sebanyak 19 responden (63,3%). Sesudah dilakukan uji statistik dengan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* didapatkan hasil intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan kompres hangat $p = 0,00$. Karena $\alpha < 0,05$ maka H_a diterima dan H_o ditolak, ada pengaruh penurunan intensitas nyeri yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan kompres hangat.

Dysmenorrhoea adalah keluhan yang sering dialami perempuan pada bagian perut bawah. Nyeri haid merupakan penyakit yang sudah cukup lama dikenal. Nyeri yang dirasakan saat haid tidak hanya terjadi pada bagian perut bawah saja. Beberapa remaja perempuan kerap merasakannya pada punggung bagian bawah, pinggang, panggul, otot paha atas, hingga betis. Rasa nyeri dapat disebabkan oleh kontraksi otot perut yang terjadi secara terus menerus saat mengeluarkan darah. Kontraksi yang sangat sering ini kemudian menyebabkan otot menegang (Laila, 2011). Pada sebagian besar perempuan, nyeri menstruasi yang dirasakan dapat berupa nyeri samar, tetapi ada sebagian yang lain dapat terasa kuat bahkan bisa membuat aktifitas terganggu lambat. Banyak wanita berbaring karena terlalu menderita nyeri itu sehingga tidak dapat mengerjakan apapun (Laila, 2011).

Dysmenorrhoea dapat dikurangi secara farmakologis dan non farmakologis. Secara nonfarmakologis dapat dilakukan dengan relaksasi, kompres air hangat, senam atau olahraga

teratur dan distraksi. Sedangkan cara farmakologis dengan obat golongan *nonsteroid anti-inflammatory drugs* (NSAIDs) diantaranya ada ibu profen, naproxen, diclofenac, hydrocodone dan acetaminophen, ketoprofen, meclofenamate sodium tetapi obat-obat tersebut menyebabkan ketergantungan dan memiliki kontraindikasi yaitu *hipersensitifitas*, *ulkus peptic* (tukak lambung), perdarahan atau *perforasi gastrointestinal*, insufisiensi ginjal, dan resiko tinggi perdarahan.

Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya (Kusyati, 2006). Tujuan dari kompres hangat ini untuk menurunkan intensitas nyeri dengan manfaat pemberian kompres hangat secara biologis dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah yang mengakibatkan peningkatan sirkulasi darah. Secara fisiologis respon tubuh terhadap panas yaitu menyebabkan dilatasi pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas kapiler. Respon dari panas inilah yang digunakan untuk keperluan terapi pada berbagai kondisi dan keadaan yang terjadi dalam tubuh.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan kompres hangat intensitas nyeri responden dengan intensitas nyeri berat sebanyak 16 responden (53,3%) sesudah dilakukan kompres hangat lebih dari 50% responden mengalami penurunan dengan intensitas nyeri ringan sebanyak 19 responden ini menunjukkan ada pengaruh pemberian kompres hangat dalam menurunkan intensitas nyeri *dysmenorrhoea*. Hal ini dibuktikan sebelum diberikan kompres hangat paling banyak responden dengan intensitas nyeri berat dan sesudah diberikan kompres hangat intensitas nyeri responden berubah menjadi nyeri ringan. Penurunan intensitas nyeri ini dipengaruhi oleh

pemberian kompres hangat pada simphisis pubis kompres hangat dilakukan dengan mempergunakan buli-buli panas atau kantong air panas yang secara konduksi dimana terjadi pemindahan panas dari buli-buli ke dalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelebaran pembuluh darah sirkulasi menjadi lancar dan akan terjadi penurunan ketegangan otot miometrium, sesudah otot miometrium rilek, rasa nyeri yang dirasakan berangsur – angsur berkurang bahkan hilang, sehingga aktifitas yang terganggu sebelumnya akibat nyeri *dysmenorrhoea* dapat kembali dilanjutkan setelah nyeri berkurang, serta peningkatan kualitas hidup.

Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan pada 30 responden tanggal 2 Februari – 2 Maret 2012 di STIKES RS. Baptis Kediri dapat diambil kesimpulan bahwa sebelum dilakukan kompres hangat pada mahasiswi tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri yang mengalami *dysmenorrhoea* adalah intensitas nyeri berat (53,3%) dan sedang (46,67 %). Sesudah dilakukan kompres hangat terjadi penurunan intensitas nyeri menjadi nyeri ringan (63,3%) dan sedang (36,67 %). Jadi kompres hangat berpengaruh menurunkan intensitas nyeri *dysmenorrhoea* dari intensitas nyeri berat dan sedang menjadi ringan dan sedang pada mahasiswi tingkat IV STIKES RS. Baptis Kediri .

Saran

Hasil penelitian diharapkan dapat mengembangkan asuhan keperawatan pada kesehatan reproduksi remaja khususnya dalam penanganan *dysmenorrhoea* sehingga pemberian kompres hangat dapat dijadikan sumber informasi yang bermanfaat bagi dunia

pendidikan keperawatan. Perawat juga dapat menerapkan asuhan keperawatan professional khususnya dalam penurunan intensitas nyeri *dysmenorrhoea* dengan menggunakan kompres hangat sebagai rekomendasi penatalaksanaan nonfarmakologis dalam menurunkan intensitas nyeri pada wanita yang mengalami *dysmenorrhoea*. Bagi remaja putri yang mengalami *dysmenorrhoea* dapat menggunakan terapi kompres hangat secara mandiri sesuai dengan *leaflet* yang sudah diberikan saat mengalami nyeri *dysmenorrhoea* dan dapat mengurangi konsumsi obat – obatan penghilang nyeri. Bagi institusi STIKES RS. Baptis Kediri hasil penelitian dapat sebagai referensi dalam meningkatkan pengembangan mata ajar dan informasi pengalaman belajar klinik untuk mendukung peningkatan kualitas pembelajaran, khususnya bagi mahasiswi yang mengalami *dysmenorrhoea* saat menstruasi. Dan diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penggunaan metode lain selain kompres hangat sebagai upaya penanganan *dysmenorrhoea* dan hasil penelitian ini dapat sebagai acuan dan masukan dalam melakukan penelitian.

Daftar Pustaka

- Kusyati, Eny. (2006). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium Keperawatan Dasar*. Jakarta : EGC.
- Laila, Nur Najmi. (2011). *Buku Pintar Menstruasi*. Jogjakarta : Buku Biru.
- Notoatmodjo. Soekidjo. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurchasanah. (2009). *Ensiklopedi Kesehatan Wanita*. Jogjakarta : Famili
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Perry, Potter. (2005). *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC. Hlm 1502-1533.
- Pusva. (2009). Did you know Dismenore?.
<http://pusva.wordpress.com/2009/08/26/did-you-know-dismenore/>. Tanggal 18 November 2011. Jam 19.00 WIB
- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Jogjakarta : Graha Medika
- Tamsuri, A. (2007). *Konsep dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta : EGC. Hlm 1-63



The Effectiveness of Hot Compress toward Pain Reduction Due To Phlebitis Caused By Intravenous Line Set Up In Malang and Ponorogo, East Java-Indonesia

Nurul Sriwahyuni, Tri Johan Agus Yuswanto

Faculty Health Science, University Muhammadiyah Ponorogo ; Health Polytechnic of Malang, Republic of Indonesia

Abstract: Hot compress is an action to reduce pain by providing heat energy through conduction process. Phlebitis is a vein wall inflammation, which is characterized by pain, redness and sometimes local swelling. Phlebitis can be treated by pharmacological and non-pharmacological therapies. Non-pharmacological therapies that can be conducted including the provision of a hot compress. The purpose of this study was to identify the level of pain before and after a hot compress treatment and to determine the effectiveness of hot compresses to decrease phlebitis pain due to intravenous line set up. This study was conducted in two phases which consists of a case study with an observational participative design which was held in Malang and a quasi-experimental design with one group pre - post experimental method which was held in Ponorogo, with a sample comprising of 2 study subjects and 20 respondents who were obtained by using consecutive sampling. The results showed that there were faster changes when Bourbonnais pain scale was used to measure the pain felt by the client after hot compress and the changes became slower when there was no hot compress with a two-day control, a decrease in pain levels between before treatment (pre-test) and after treatment (post-test.). It was also discovered that the provision of a hot compress effectively reduce pain caused by phlebitis after intravenous line set up. (Wilcoxon Signed Ranks Test $P = 0.000$ and $Z = -3.874$). It is recommended to the hospital to socialize and intensively implemented this technique considering that this technique is cheap, easy to implement and with no side effects.

Keywords: intravenous line, phlebitis pain, hot compress

I. Introduction

Clients with serious illnesses need to be treated and observed routinely by the medical team which makes them hospitalized. One of the treatments for the inpatients is the intravenous line set up, which can be used to treat a variety of conditions which includes clients intake of intravenous solution, blood products, drugs and parenteral nutrition. The problem which often occurs as a result of intravenous therapy is venipuncture complications, such as phlebitis.

Phlebitis is a vein wall inflammation, which is characterized by pain sensation, redness and sometimes local swelling. Phlebitis can be treated with pharmacological and non-pharmacological therapies. Non-pharmacological therapies that can be conducted including the provision of a hot compress.

Hot compress is an action to reduce pain by providing thermal energy through the process of conduction, where the heat can cause vasodilation (widening of blood vessels) thereby it can increase oxygen intake, nutrients and blood leukocytes leading to body tissues. Some positive impacts due to the implementation of this treatment are that it can decrease inflammation, decrease muscle stiffness and pain and accelerate soft tissues healing. Based on the facts above, the writer would like to find out the effectiveness of the hot compress to decrease phlebitis pain due to intravenous line set up.

Pain is a discomfort or unpleasant sensation, whether it is mild or severe, it is an important sign of the presence of physiological disorders. Pain is a subjective experience, in which it follows what is being said and felt by the client. In general, a pain stimulus is caused by several things, some of them are tissue damage, muscle contractions or spasms that cause ischemic type pain and increasing demand on limited blood supply, such as what is caused by vascular suppression. There are some factors affecting pain feeling, they are the age and experience of previous pain, sex and anxiety. The intensity of the pain can be determined in various ways, one of them is by interview.

General Objective

In general, the objective of this study was to determine the effectiveness of hot compresses to the decline of phlebitis pain due to intravenous line set up.

Specific Objective

More specifically, this study aimed to identify the level of phlebitis pain caused by intravenous line set up line before and after its administration of hot compress treatment and to identify the effectiveness of hot compress to decrease phlebitis pain due to intravenous line set up.

The advantage of the study

1. For Community

The community can get more information about the benefits of a hot compress for reducing phlebitis pain and they can independently conduct the treatment to relieve the pain.

2. For the Development of Science and Technology of Nursing

a. As the application of existing theories about the effectiveness of hot compress provision to decrease pain in providing nursing care to clients who received intravenous therapy and experiencing phlebitis.

b. As one of the resources for case study researchers on nursing field about the effectiveness of hot compresses to decrease phlebitis pain. In the future, it is expected that it can improve of science and technology of nursing.

3. For the Researcher

To gain experience, especially on case studies on giving a hot compress to reduce pain due to phlebitis on clients who received intravenous therapy

II. Method

a. Design:

This study was consisted of 2 (two) stages, the first stage was a case study an participative observational study design conducted in Malang and Phase 2 (two) was with a quasi-experimental one group pre method – post experimental design conducted in Ponorogo.

b. Research sample

The subjects of the study in the case study was 2 inpatient clients in one of the hospitals in Malang. The number of respondents in the quasi-experimental study were 20 clients who experienced phlebitis problems due to the intravenous line set up in Ponorogo hospital.

c. Data analysis

The data obtained were analyzed with descriptive statistics presented in a narrative form and to determine the effectiveness of hot compresses to decrease phlebitis pain caused by the intravenous line set up, the writer used Wilcoxon Signed Rank Test.

III. Results & Discussion

The result of the 1st Stage of Study

With a correct way in giving hot compress treatment, there will be a process of vasodilation of blood vessels, so that blood flow can bring metabolism results faster toward the inflamed areas so that the cells will recover soon which means the pain can be reduced faster too.

The result of the 2nd Stage of Study

a. Univariate analysis

1. Pain Level of respondents before treatment (pre-test) and after treatment (post-test)

Based on the measurements using Bourbonais Scale, the respondents perception of pain before and after treatment were as follow:

Table 1: Frequency Distribution of the comparison of respondents' level of pain before and after treatment

Pain level	Scale	Before		After	
		Number resp.	of (%)	Number resp.	of (%)
No pain	0	0	0 %	0	0 %
Mild pain	1-3	0	0 %	7	35 %
Moderate pain	4-6	18	90 %	13	65 %
Severe pain	7-9	2	10 %	0	0 %
Very severe pain/panicky	10	0	0 %	0	0 %

It can be seen from table 1 above that the level of pain before treatment (pre-test) were that 18 people (90%) experienced mild pain and 2 people (10%) experienced severe pain. After treatment (post-test), 7 people (35%) experienced mild pain and 13 people (65%) experienced moderate pain.

Various factors can affect the level of pain including the subject's age. In table 1, most of the subjects were at the age of 21-30 years (7 respondents=35%). Pain tolerance will continue to increase in accordance with

the age. As someone gets older, the understanding and prevention efforts against pain will increase. In this study, it can be proven that respondents No. 9, 12, and 15 showed smaller perception of pain than the other respondents, as can be seen in Appendix 6. A person who often experiences pain will be more tolerant to pain than someone who rarely experiences pain. This behavior is often based on experience or trial and error (Brunner and Suddart, 2001: 217). This is also consistent with the opinion of Richard Sternbach (1989) in Fundamentals of Nursing (Kozier, 1995), who states that pain is something abstract that is related to the individual nature of sensation, or it is a sign that shows damage on body tissues and is a pattern of response to protect the organism from harm.

Another factor affecting the perception of pain is gender. Male tends to be more tolerant than female in response to pain (Leibeskind, 1991: 214). It can also be proven in this study that from 8 male respondents who perceived all pain experienced moderate pain. While from 12 female respondents, 10 respondents perceived moderate pain and 2 respondents experienced severe pain, as can be seen in Table 4. This is in line with the opinion of Priharjo, 1995 which states that pain is an either mild or severe discomfort or unpleasant feeling which becomes a sign essential to the existence of a physiological disorder and is a subjective experience.

b. Bivariate analysis

Wilcoxon Signed Rank Test.

Table 2. The Result of the test for measuring the effectiveness of a hot compress to decrease pain

Statistical test

	Pain level before treatment-pain level after treatment
Z	-3.874 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

The effectiveness of hot compress can be indicated by a 2-tailed asymptotically significant P value = 0.000, Z calculation = -3.874, t = 2 and Ttable = 52-158. Because Tcalculation is not bigger than Ttable, then the null hypothesis is rejected with $\alpha = 0.05$. It means that from 20 respondents, there were 18 respondents (90%) who experienced the decline in pain level. Therefore, it can be stated that hot compress effectively reduces pain.

This happened as a result of local hot compress administration on phlebitis which was causes vasodilatation process, because when phlebitis occurs, there are many damages on body tissues that requires a lot of nutrients and oxygenation to fix them. The provision of hot compress can improve blood circulation on the tissue, the distribution of acid and food material to disposed cells will be repaired and cell activity will increase. This will reduce the pain and will support the process of wound healing.

As for the 2 respondents who did not experience the decrease in pain level, it was informed that those two respondents were admitted to the hospital for the first time due to a traffic accident which caused fractures, so that the respondents felt anxious about the situation.

IV. Conclusion And Recommendation

Conclusion

1. 18 respondents (90%) experienced moderate pain, 2 respondents (10%) experienced severe pain before treatment. While after treatment (post-test), it was found out that 7 respondents (35%) experienced moderate pain, and 13 respondents experienced (35%) mild pain.
2. Provision of hot compress is effective to reduce phlebitis pain decline due to the set up of intravenous line, which can be demonstrated by a significant value of two-tailed P asymptotically = 0.000, it was also supported by the data from a total of 18 respondents (90%) who showed the decrease in pain level, 2 respondents (10%) did not get any decrease in the level of pain and no respondents expressed an increase in the level of pain after treatment (post-test).

Recommendation

Based on the results described above, the researcher gives some recommendations as follow:

1. Hospitals need socialization efforts and more intensive application of hot compresses considering that this technique is cheap, easy to implement and without any side effects.
2. Future researchers should make attempts to create a media or device that can maintain the stability of the temperature of the hot compress for a certain period of time. It is intended to get the results with more optimal level of accuracy.
3. There should be some efforts to improve the understanding of client's perception of the level of perceived pain, associated to Bourbonis scale.

4. There should be more studies on other types of pain other than phlebitis pain.

Acknowledgement

Deep gratitude is extended to the Dean of the Medical Science Faculty, University of Muhammadiyah-Ponorogo, the Director of Health Polytechnic Republic of Indonesia in Malang, and especially to Anita Dewi Puspitosari.

References

- [1]. Elkin J.M.C., 2000, "Nursing Intervention and Clinical Skills", 2nd Edition. Missouri: Mosby-Year Book Inc.
- [2]. Fawcett, N.J., 1999, "Nursing Practice Hospital and Home the Adult", Churchill. Livingstone.
- [3]. Gabriel, JF., 1998, "Fisika Kedokteran", Jakarta: EGC.
- [4]. Hartono A (Penerjemah). Roper, N., 1996, "Prinsip-Prinsip Keperawatan", Yogyakarta: Yayasan Esentia Medika: 61-67.
- [5]. Ignatavicius, 1996, "Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach", Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- [6]. Kozier, Barbara, 1995, "Fundamental of Nursing Concepts, Process and Practice", California: Addition-Wesley. Inc.
- [7]. LaRocca. JC., 1998, "Terapi Intravena", Edisi II. Jakarta: EGC.
- [8]. Leibeskind, 2001, "Konsep dan Tantangan Dalam Penatalaksanaan Pasien", Jakarta: EGC
- [9]. Long, CB., 1991, "Perawatan Medikal Bedah (Suatu Pendekatan Proses Keperawatan)", Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan (Penerjemah). Bandung: YIAPK.
- [10]. Long, CB., 1996, "Perawatan Medikal Bedah (Suatu Pendekatan Proses Keperawatan)", Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan (Penerjemah). Bandung: YIAPK.
- [11]. Nettina, MS., 2002, "Pedoman Praktek Keperawatan", Jakarta: EGC.
- [12]. Notoatmodjo, S., 2002, "Metodologi Penelitian Kesehatan", Jakarta: Rineka Cipta., 93.
- [13]. Pooter Harry, 2000, "Perawatan Nyeri", Jakarta: EGC.
- [14]. Priharjo, Robert, 1995, "Perawatan Nyeri Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Pasien", Jakarta: EGC.
- [15]. Rosdahl, CB., 1999, "Basic Nursing", 7th Edition, New York: Philadelphia: Lippincot.
- [16]. Stevens P.J.M., 2000, "Ilmu Keperawatan (Verpleegkundige Zorg)", Jilid I. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- [17]. Suddart Brunner, 1999, "Perawatan Nyeri", Edisi II. Jakarta: EGC
- [18]. Taylor, 1997, "Fundamental of Nursing, The Art and Science of Nursing Care", 3rd Edition, New York: Philadelphia: Lippincot.
- [19]. Wasito H., 1997, "Pengantar Metodologi Penelitian", Buku Panduan Mahasiswa. Jakarta: Gramedia Pustaka.





ISSN NO. 2320-5407

Journal homepage: <http://www.journalijar.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF ADVANCED RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor

Fatma Ahmed Abo-Romia & Azza Fouad Mohammed El-Adham

Department of Obstetrics and Gynecologic Nursing Faculty of Nursing Tanta University

Manuscript Info

Manuscript History:

Received: 12 March 2014
Final Accepted: 22 April 2014
Published Online: May 2014

Key words:

labor – pain – thermoreceptors –
non-pharmacological

*Corresponding Author

Fatma Ahmed Abo Romia

Abstract

Introduction: Pain and anxiety control is important during the first (1st) stage of labor. Warm water showering was suggested to alleviate pain and anxiety during labor.

Aim of the study: The present study aims to evaluate the influence of warm water showers on labor pain during the 1st stage of labor.

Subjects and Methods:

The present study is an interventional randomized controlled study. This study was conducted at Almatrentaih Private Hospital at Alexandria, Egypt. One hundred women in the 1st stage of labor who met the inclusion criteria were included in the study. They were equally divided into two groups. Random allocation computer software assigned participants to either the experimental or control group. A pre designed questionnaire consisted of two parts was developed, validated and used for measurement of the necessary data. Part one: labor data, such as age, gestational age, parity, and body mass index (BMI). Part two Visual Analogue Scale (VAS) ranged from zero (being none at all) to ten (being the most possible) used for measurement of the degree of pain of the first stage of labor, anxiety, and fatigue. After invitation and agreement of the subjects to participate in this study, the pre designed questionnaire was completed. Then, the experimental group participants entered the shower for 30 minutes, and the control group had the usual pain relief measures at the department. Again, the entire subjects were asked to indicate their degree of labor pain, anxiety, and fatigue using the Visual Analogue Scale (VAS).

Results: No statistically significant differences were found between the studied groups regarding the basic data. No statistically significant differences were found between groups prior to intervention. The study group had significantly lower pain and anxiety levels ($P = 0.011$, and $P = 0.018$) respectively, when compared with the control group. However, no statistically significant differences were found between both groups regarding fatigue. In regression analysis, exposure to warm showers was a significant predictor ($P = 0.005$) of pain reduction in the studied women.

Conclusions: Exposure to warm showers alleviates pain and anxiety in the 1st stage of labor.

Copy Right, IJAR, 2014., All rights reserved.

Introduction

Many studies point to labor pains as the most significant source of discomfort during childbirth, generating levels of pain that frequently exceed physical endurance limits.⁽¹⁾ Labor pains and loss of control, the two most frequently cited unpleasant experiences of childbirth, directly affect woman's satisfaction concerning birth care, which in turn adversely affects self-perceptions and self-esteem.⁽²⁾ With labor pain outside the mother's control, she also faces increased risk of feeling fear, tension, anxiety, helplessness, and loss of control of the overall birthing process.⁽³⁾

Nurses are primary caregivers during the birth process, have the potential to reduce some use of medical interventions by providing effective comfort measures that support and promote physiologic labor.⁽⁴⁾ Although effective at relieving pain, parenteral pain medication and epidural interventions cause known side effects in the mother and fetus, consequently lengthening the labor duration.⁽⁵⁾ Warm shower during childbirth has been reported to influence labor pain.⁽⁶⁾ A literature review of pain relief strategies used by nurse midwives in Brazil, surveying three databases (BDENF, CINAHL and MEDLINE) between 2002 and 2012 located 21 scientific articles that addressed the non-invasive technologies nurse midwives used for relief of labor pain. These strategies included stimulation of breathing and relaxation; massaging with essential oils; encouraging freedom to move and walk, the free choice for vertical positioning; using of showers and baths, and using of birth ball.⁽⁷⁾ Entering a warm shower has therapeutic effects and could be used for providing comfort and relief of pain during labor. Water transmits a desired therapeutic temperature into target tissues, changing the state of irritant receptors and reducing perceived pain.⁽⁸⁾ Some studies reported that women who had given birth and had used hot showering during labor indicated that showering was effective for pain management.⁽⁵⁾ In these studies, 32% and 33% of women who used showering for pain management described showering as “very helpful,” and 52% and 45% described it as “somewhat helpful”.⁽⁹⁾ In addition to patients finding showering to be beneficial during labor, nurses also report that showering is safe, effective, and usually accessible during labor.⁽¹⁰⁾ Lee et al (2013) revealed that a warm shower constitutes a positive physical hygiene that is a cost-effective, convenient, and an easy-to-deploy, non-pharmacological approach to pain reduction. This intervention helps women in labor to participate fully in the birthing process, earn continuous caregiver support, feel cared for and comforted, and have a more positive overall experience.⁽⁶⁾

Nurse midwives are always concerned with non-pharmacological measures for relief of pain and prevention of maternal suffering during childbirth.⁽¹¹⁾ Although a warm shower is one of the non-pharmacologic comfort measures for pain relief during childbirth that improves mothers' satisfaction with their childbearing experiences, it is not tested empirically and the medical literature did not provide attention to it and sometimes provide inconsistent results regarding this technique.^(12,13) Thus, it was important for the present study to find out the influence of warm water showering on labor pain during the 1st stage of labor.

Aim of the study

The present study aims to evaluate the influence of warm water showering on labor pain during the 1st stage of labor.

Research question

What is the influence of warm water showering on labor pain during the 1st stage of labor?

Subjects and method

Design

The present study is an interventional randomized controlled study.

Setting

This study was conducted at Almatrentaih Private Hospital at Alexandria, Egypt. Participants were recruited from the prenatal clinic and birthing unit.

Subjects

The study included one hundred women in the 1st stage of labor. They were equally divided into two groups. Random allocation computer software assigned participants to either the experimental or control group. The inclusion criteria were women from 18 to 50 years of age, between 37 and 41 weeks of gestation, in active labor (contracting at least every 5 minutes), had an uncomplicated, singleton pregnancy, mobility to enter and exit the shower, and could speak, read, and write.

Tool for data collection

A questionnaire sheet to collect the necessary data was developed and validated. It consisted of two parts. Part one: labor data, such as age, gestational age, parity, and body mass index (BMI). Part two: Visual Analogue Scale (VAS) ranged from zero (being none at all) to ten (being the most possible) used for measurement of the degree of pain of the first stage of labor, anxiety, and fatigue.

Procedure

A preparation phase included literature review and development of the study questionnaire. Content validity of the questionnaire was established by a five jury experts in the field of obstetric and gynecologic nursing. No modifications were made, because there were no serious changes.

Ethical and legal considerations included an informed oral consent for participation in the study that was obtained from the entire sample. Subjects were assured that the nature of the study was not causing any harm or pain, of the confidentiality and anonymity of information, right to withdraw from the study at any time if desired and that all data were used only for the research purposes. Additionally, official letter clarifying the purpose of the study was obtained from the faculty of nursing and submitted to the responsible authority of the selected setting.

After invitation and agreement of the subjects to participate in this study, the pre-designed questionnaire was completed from the entire subjects. Then, the experimental group participants entered the shower for 30 minutes.

This length of time was selected because women in hydrotherapy had significant changes after 15 minutes.⁽¹⁰⁾ Since showering is similar to hydrotherapy but yet untested, 30 min of showering was chosen to allow for adequate treatment effect. For safety, they were encouraged to sit on a stool placed in the shower and all wore rubber nonsolid shower slippers. While encouraged to sit while showering, they were instructed that they could change positions for comfort and adjust both the temperature and direction of the flow of water. The development of this intervention has

been reported elsewhere.^(14,15) The control group had the regular measures for pain relief provided at the department. Again, the experimental group and the control group participants were asked to indicate their degree of labor pain using the Visual Analogue Scale (VAS).

Data were collected from the predetermined sample size over a period of four months, 2 days per week at Almatrentaih Private Hospital, Alexandria, Egypt.

Statistical analysis

Data obtained from the present study were computed using SPSS versions 17 under the platform of Microsoft Windows XP, Professional Edition. Continuous data were expressed in the form of mean $\pm$ SD while categorical data were expressed in the form of count and percent. Comparison of continuous data was performed utilizing student t test. Regression analysis was performed to detect variables relation to a certain outcome. P value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

Table (1) shows comparison between the studied groups regarding the basic characteristics. No statistically significant differences were found between the studied groups regarding their age, gestational age, body mass index, and parity.

Table (2) shows comparison between the studied groups regarding the pretest outcome variables (pain, anxiety, and fatigue) prior to intervention. No statistically significant differences were found between groups prior to intervention.

Table (3) shows comparison between the studied groups regarding the posttest outcome variables (pain, anxiety, and fatigue). The study group had significantly lower pain and anxiety levels ($P = 0.011$, and 0.018) respectively at a confidence interval of 0.05%, when compared with the control group. However, no statistically significant differences were found between both groups regarding fatigue.

Table (4) shows the predictor variables for pain relief / reduction in the studied groups using the regression analysis. The results shows that exposure to warm showers was a significant predictor of pain reduction in the studied women during the first stage of labor ($P = 0.005$) at a confidence interval of 0.05%, when compared with the control group.

Table-1 Comparison between the studied groups regarding the basic data

basic data	Study group (n=50)	Control group (n=50)	Student t test	
			T	p
Age	28.4 $\pm$ 5.7	26.6 $\pm$ 6.2	0.56	0.31
Gestational age	38.7 $\pm$ 1.9	38.0 $\pm$ 1.5	0.22	0.85
BMI	29.2 $\pm$ 3.8	30.1 $\pm$ 2.6	0.62	0.44
Parity	2.4 $\pm$ 1.1	2.3 $\pm$ 0.9	0.35	0.77

Table-2 Comparison between the studied groups regarding the pretest outcome measures

posttest outcome measures	Study group (n=50)	Control group (n=50)	Student t test	
			t	p
Pain	7.4 ± 3.2	7.2 ± 3.5	0.22	0.71
Anxiety	6.7 ± 1.8	6.2 ± 2.2	0.44	0.39
Fatigue	5.6 ± 1.1	5.9 ± 1.7	0.55	0.34

Table-3 Comparison between the studied groups regarding the posttest outcome measures

posttest outcome measures	Study group (n=50)	Control group (n=50)	Student t test	
			t	p
Pain	4.8 ± 2.1	6.9 ± 3.0	-2.2	0.011*
Anxiety	4.5 ± 1.7	6.3 ± 1.5	- 2.1	0.018*
Fatigue	6.3 ± 1.1	6.1 ± 1.4	0.32	0.51

Table-4 Predictors for pain relief in the studied groups

Predictors for pain relief	OR	CI	P
Age	0.56	0.43 – 1.87	0.44
Gestational age	0.85	0.21 – 1.8	0.6
BMI	0.17	0.12 – 1.04	0.78
Parity	0.91	0.83 – 3.1	0.31
Warm shower exposure	0.56	1.2 – 3.7	0.005*

Discussion

While therapeutic showering is a frequent and familiar activity and thought to be beneficial for comfort during labor, its efficacy was rarely evaluated in clinical studies. The present study found a positive effect of therapeutic showering on the studied women pain and anxiety levels. The effect was significantly marked, when compared with the control group. Data of the present study clearly demonstrate the effectiveness of warm showering in reducing labor pain.⁽⁸⁾

A study conducted by Lee et al (2013) in the maternity ward of a Taipei City regional teaching hospital, site of approximately 220 to 250 births per month. Ninety-two expectant mothers were recruited (recruitment rate: 70.8%) and allocated by block randomization into the two arms of the study. In total, 80 women completed the trial: 41 in the control group and 39 in the experimental group. The study revealed that warm showers are a cost-effective, convenient, easy-to-deploy, non-pharmacological approach to pain reduction. This study is in agreement with the present study.⁽⁶⁾

Gate control theory of pain described how nerves dispatch pain signals through the spinal cord to the brain. Pain stimuli cross the open spinal gate to receptors in the brain, where the appropriate pain response is directed. Interference with this transmission vector can yield effective pain relief. Signals generated by warm-water stimulation of epidermis thermoreceptor reach the brain faster than those sent by pain receptors, effectively blocking transmission of the latter and reducing perceived pain.⁽¹⁶⁾

Heat-enhanced blood circulation also relieves stress-induced muscle cramps. Focusing warmth on specific tissues further improves tissue metabolism and elasticity, raising the effective pain threshold.⁽⁸⁾ The practical requirements of warm shower bath interventions further increases patient movements, activity and encouraging the regular positional changes that help relieve pain.⁽¹⁷⁾

Many studies highlight the significant role of parturition pain on the mother's perception of the childbirth experience. The negative correlation between pain and self-control implies that a mother's sense of self control over the childbirth process increases with better pain control. Effective labor pain control is thus critical to make childbirth a more positive, rewarding experience. The two most important factors influencing client satisfaction with the childbirth experience are the level of participation in the decision making and the degree of self-control over the process.^(18,19) Researchers have demonstrated that efficacy of water therapy on enhancing parturient mothers' sense of self-control.⁽⁸⁾

Many studies revealed that nurse midwives can implement simple effective low-cost non-pharmacological labor pain relief measures that promote labor progress, increase women satisfaction, and avoid side effects of medications. Warm water showering is one of such measures that diminishes pain stimulus at the source, inhibits pain awareness, and reduces women's negative reaction to childbirth pain.^(4,12,20) These studies are enforced by the findings of the present studies.

Conclusion and recommendations

Warm shower is an effective pain reliever during the first stage of labor. Continuing education for nurse midwives should emphasize water therapy as a non-pharmacological measure to pain relief during first stage of labor in clinical practice. This study enhanced the non-pharmacological knowledge, based on scientific evidence and good outcomes in pain relief during labor with humanized care at clinical settings.

References

1. Akerman N, Dresner M. The management of breakthrough pain during labour. *CNS Drugs*. 2009 Aug;23(8):669-79.
2. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007 Sep;23(3):235-47.
3. Simkin P. Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *J Perinat Educ*. 2011 Summer;20(3):166-76.
4. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Nov-Dec;49(6):489-504.
5. Cesario SK. Reevaluation of Friedman's Labor Curve: a pilot study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 Nov-Dec;33(6):713-22.
6. Lee, S.-L., Liu, C.-Y., Lu, Y.-Y. and Gau, M.-L.. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2013 January/February, 42: 19–28.
7. Vargens, O.M.C., Silva, A.C.V., & Progiante, J. M.. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*; 2013 November, 29(11): e99-e106.
8. Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010 Jul;12(1):28-36.
9. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York, NY: Childbirth Connection, 2006.
10. Stark MA, Miller MG. Barriers to the use of hydrotherapy in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009 Nov-Dec;38(6):667-75.
11. Stark, M.A., Craig, J., & Miller, M.G.. Designing an intervention: therapeutic showering in labor. **Applied Nursing Research**; 2011 November, 24(4): e73-e77,
12. Simkin, P.P., & O'Hara, MA.. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 2002 May, 186(5): S131-S159.
13. Simkin, P. (1995), Reducing Pain and Enhancing Progress in Labor: A Guide to Nonpharmacologic Methods for Maternity Caregivers. *Birth*, 22: 161–171.
14. Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labor. *Res Nurs Health*. 2001 Feb;24(1):57-67.
15. Stark MA, Craig J, Miller MG. Designing an intervention: therapeutic showering in labor. *Appl Nurs Res*. 2011 Nov;24(4):e73-77.
16. Huang TL. Effects of hot compress on discomfort during first stage of labor: A randomized controlled trial. Graduate Institute of Nursing-Midwifery, National Taipei College of Nursing, Taipei, Taiwan, 2010.
17. Stark MA, Rudell B, Haus G. Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008 Jan-Feb;37(1):116-22.
18. Li HT, Lin KC, Chang SC, Kao CH, Liu CY, Kuo SC. A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*. 2009 Dec;36(4):289-96.
19. Remer M. Satisfaction with birth. *International Journal of Childbirth Education*, 23(3), 13–16, 2008.
20. Simkin, P., & Bolding, a.. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 2004 November-December, 49(6): 489–504