

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar

##### 1. Asam Urat

###### a. Definisi

Asam urat adalah asam yang berbentuk kristal-kristal yang merupakan hasil akhir dari metabolisme purin (bentuk turunan nukleoprotein), yaitu salah satu komponen asam nukleat yang terdapat pada inti sel-sel tubuh. Secara alamiah, purin terdapat dalam tubuh kita dan dijumpai pada semua makanan dari sel hidup, yakni makanan dari tanaman (sayur, buah, kacang-kacangan) atau pun hewan (daging, jeroan, ikan sarden) (Indriawan,2009).

###### b. Penyebab Asam urat

- 1) Faktor keturunan dengan adanya riwayat gout dalam silsilah keluarga
- 2) Meningkatnya kadar asam urat karena diet tinggi protein dan makanan kaya senyawa purin lainnya. Purin adalah senyawa yang akan dirombak menjadi asam urat dalam tubuh
- 3) Konsumsi alkohol berlebih, karena alkohol merupakan salah satu sumber purin yang juga dapat menghambat pembuangan urin melalui ginjal

- 4) Ekskresi asam urat berkurang karena fungsi ginjal terganggu misalnya kegagalan fungsi glomerulus atau adanya obstruksi sehingga kadar asam urat dalam darah meningkat. Kondisi ini disebut hiperurikemia, dan dapat membentuk kristal asam urat / batu ginjal yang akan membentuk sumbatan pada ureter (Mandell Brian F. 2008). Pasien disarankan meminum cairan dalam jumlah banyak . minum air sebanyak 2 liter atau lebih tiap harinya membantu pembuangan urat, dan meminimalkan pengendapan urat dalam saluran kemih.
- 5) Beberapa macam obat seperti obat pelancar kencing (diuretika golongan tiazid), asetosal dosis rendah, fenilbutazon dan pirazinamid dapat meningkatkan ekskresi cairan tubuh, namun menurunkan eksresi
- 6) Penggunaan antibiotika berlebihan yang menyebabkan berkembangnya jamur, bakteri dan virus yang lebih ganas.
- 7) Penyakit tertentu seperti gout, Lesch-Nyhan syndrome, endogenous nucleic acid metabolism, kanker, kadar abnormal eritrosit dalam darah karena destruksi sel darah merah, polisitemia, anemia pernisiiosa, leukemia, gangguan genetik metabolisme purin, gangguan metabolik asam urat bawaan (peningkatan sintesis asam urat endogen), alkoholisme yang meningkatkan laktikacidemia, hipertriglisieridemia, gangguan pada fungsi ginjal dan obesitas, asidosis ketotik, asidosislaktat,

ketoasidosis, laktosidosis, dan psoriasis (Murray RobertK, dkk.2006).

8) Faktor lain seperti stress, diet ketat, cidera sendi, darah tinggi dan olahraga berlebihan.( VitaHealth, 2007 ).

c. Faktor Resiko Asam Urat

Faktor risiko yang menyebabkan orang terserang penyakit asam urat adalah pola makan, kegemukan, dan suku bangsa. Di dunia, suku bangsa yang paling tinggi prevalensinya pada orang Maori di Australia. Prevalensi orang Maori terserang penyakit asam urat tinggi sekali, sedangkan di Indonesia prevalensi tertinggi pada penduduk pantai dan yang paling tinggi di daerah Manado-Minahasa karena kebiasaan atau pola makan ikan dan mengonsumsi alkohol. Alkohol menyebabkan pembuangan asam urat lewat urine itu ikut berkurang sehingga asam uratnya tetap bertahan di dalam darah. Konsumsi ikan laut yang tinggi juga mengakibatkan asam urat. Asupan yang masuk ke tubuh juga memengaruhi kadar asam urat dalam darah (Indriawan,2009).

Makanan yang mengandung zat purin yang tinggi akan diubah menjadi asam urat. Purin yang tinggi terutama terdapat dalam jeroan, sea food: udang, cumi, kerang, kepiting, ikan teri. Menurut hasil pemeriksaan laboratorium kadar asam urat terlalu tinggi, kita perlu memperhatikan masalah makanan. Makanan dan minuman yang selalu dikonsumsi apakah merupakan pemicu asam urat.

Pada orang gemuk, asam urat biasanya naik sedangkan pengeluarannya sedikit. Maka untuk keamanan, orang biasanya dianjurkan menurunkan berat badan. Yang paling penting untuk diketahui adalah kalau asam urat tinggi dalam darah, tanpa kita sadari akan merusak organ-organ tubuh, terutama ginjal, karena saringannya akan tersumbat. Tersumbatnya saringan ginjal akan berdampak munculnya batu ginjal, atau akhirnya bisa mengakibatkan gagal ginjal. Asam urat pun merupakan faktor risiko untuk penyakit jantung koroner. Diduga kristal asam urat akan merusak endotel (lapisan bagian dalam pembuluh darah) koroner. Karena itu, siapapun yang kadar asam uratnya tinggi harus berupaya untuk menurunkannya agar kerusakan tidak merembet ke organ-organ tubuh yang lain (Indriawan,2009).

## 2. Nyeri

### a. Defisini

Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri ketika suatu jaringan mengalami cedera, atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang akan mengakibatkan reseptor nyeri (Kozier dkk, 2009).

Menguraikan definisi nyeri yang ditelaah dari berbagai pakar yaitu suatu perasaan sensorik yang tidak menyenangkan dengan disertai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial(Jordan,2003).

b. Faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor -faktor yang mempengaruhi persepsi dan reaksi terhadap nyeri menurut (Prasetyo,2010) yaitu :

1) Usia

Usia merupakan variable yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu, anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri, pada pasien lansia sering kali memiliki sumber nyeri lebih dari satu.

2) Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda signifikan dalam berespon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Orang belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri.

#### 4) Makna nyeri

Makna nyeri pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

#### 5) Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing-masing individu dalam kaitannya dengan kualitas nyeri.

#### 6) Perhatian

Tingkat perhatian seseorang terhadap nyeri akan mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat terhadap nyeri akan meningkatkan respon nyeri sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan penurunan respon nyeri.

#### 7) Ansietas (kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas.

#### 8) Keletihan

Keletihan dan kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

#### 9) Pengalaman sebelumnya

Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri dari pada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

#### 10) Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain dan orang terdekat, walaupun nyeri masih dirasakan oleh klien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

#### c. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Prasetyo, 2010) nyeri dibagi beberapa macam yaitu :

- 1) Nyeriakut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki kaitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat.

- 2) Nyeri kroik berlangsung lebih lama dari nyeri akut, intensitasnya bervariasi ringan sampai berat biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.
- 3) Nyeri superficial dapat dirasakan pada seluruh permukaan tubuh atau kulit.
- 4) Nyeri somatis dalam biasanya bersifat difus (menyebar) berbeda dengan nyeri superficial yang mudah untuk dilokalisir.
- 5) Nyeri visceral biasanya mengacu pada bagian viscera abdomen, walaupun sebenarnya kata viscus (jamak dari viscera) berarti setiap organ tubuh bagian dalam yang lebar dan mempunyai ruang seperti cavitas tengkorak, cavitas thorak, cavitas abdominal dan cavitas pelvis. Penyebab nyeri visceral adalah semua rangsangan yang dapat menstimulasi ujung saraf nyeri didaerah visceral.

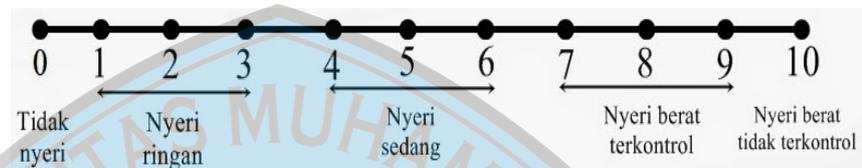
d. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan tehnik ini juga tidak

dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007).

Menurut smeltzer, S.C bare B.G (2002) adalah sebagai berikut :

1) Skala intensitas nyeri deskriptif



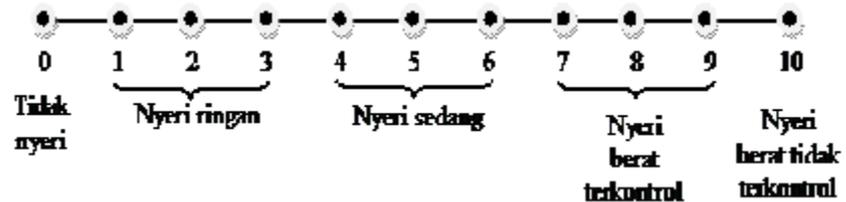
2) Skala identitas nyeri numerik



3) Skala analog visual



## 4) Skala nyeri menurut bourbanis



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

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

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

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

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

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adlah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah.

Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk

mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskriptif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter, 2005).

#### Penilaian Nyeri Berdasarkan PQRST

P : Provokatif / Paliatif

Apa kira-kira Penyebab timbulnya rasa nyeri...? Apakah karena terkena ruda paksa / benturan...? Akibat penyayatan...? dll.

Q : Kualitas / Quantitas

Seberapa berat keluhan nyeri terasa..?. Bagaimana rasanya..?. Seberapa sering terjadinya..? Ex : Seperti tertusuk, tertekan / tertimpa benda berat, diris-iris, dll.

R : Region / Radiasi

Lokasi dimana keluhan nyeri tersebut dirasakan / ditemukan..?

Apakah juga menyebar ke daerah lain / area penyebarannya..?

S : Skala Seviritas

Skala kegawatan dapat dilihat menggunakan GCS ( Baca : Cara Mengukur GCS (Glasgow's Coma Scale) ) untuk gangguan kesadaran, skala nyeri / ukuran lain yang berkaitan dengan keluhan.

T : Timing

Kapan keluhan nyeri tersebut mulai ditemukan / dirasakan..? Seberapa sering keluhan nyeri tersebut dirasakan / terjadi...? Apakah terjadi secara mendadak atau bertahap..? Acut atau Kronis..?

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### 1. Pengkajian

Pengumpulan data klien, baik subjektif maupun objektif melalui anamnesis riwayat penyakit, pengkajian psikososial, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostic.

- a. Anamnesis : Identitas ( Meliputi nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi kesehatan, golongan darah, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis.
- b. Riwayat penyakit sekarang : Pengumpulan data dilakukan sejak munculnya keluhan dan secara umum mencakup awal gejala dan

bagaimana gejala tersebut berkembang. Enting ditanyakan berapa lama pemakaian obat analgesic, allopurinol.

- c. Riwayat penyakit dahulu : Pada pengkajian ini, ditemukan kemungkinan penyebab yang mendukung terjadinya gout ( misalnya penyakit gagal ginjal kronis, leukemia, hiperparatiroidisme). Masalah lain yang perlu ditanyakan adalah pernahkah klien dirawat dengan masalah yang sama. Kaji adanya pemakaian alkohol yang berlebihan, penggunaan obat diuretic.
- d. Riwayat penyakit keluarga : Kaji adanya keluarga dari generasi terdahulu yang mempunyai keluhan yang sama dengan klien karena klien gout dipengaruhi oleh faktor genetic. Ada produksi/sekresi asam urat yang berlebihan dan tidak diketahui penyebabnya.
- e. Riwayat psikososial : Kaji respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat. Respon didapat meliputi adanya kecemasan yang berbeda dan berhubungan erat dengan adanya sensasi nyeri, hambatan mobilitas fisik akibat respon nyeri, dan ketidaktahuan akan program pengobatan dan prognosis penyakit dan peningkatan asam urat pada sirkulasi. Adanya perubahan peran dalam keluarga akibat adanya nyeri dan hambatan mobilitas fisik memberikan respon terhadap konsep diri yang maladaptif.

- f. Pemeriksaan diagnostic : Gambaran radiologis pada stadium dini terlihat perubahan yang berarti dan mungkin terlihat osteoporosis yang ringan. Pada kasus lebih lanjut, terlihat erosi tulang seperti lubang – lubang kecil ( punch out ).
2. Diagnosis yang mungkin muncul
- a. Nyeri sendi b/d peradangan sendi, penimbunan Kristal pada membrane sinovia, tulang rawan artikular, erosi tulang rawan, prolifera sinovia dan pembentukan panus.
  - b. Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan rentang gerak, klemahan otot pada rentang gerakan, dan kekakuan pada sendi kaki sekunder akibat erosi tulang rawan dan pembentukan panus.
  - c. Gangguan citra diri b/d perubahan bentuk kaki dan terbentuknya tofus.
  - d. Perubahan pola tidur b/d nyeri.
3. Rencana Asuhan Keperawatan

**Diagnosa I :** Nyeri sendi b/d peradangan sendi, penimbunan Kristal pada membrane sinovia, tulang rawan artikular, erosi tulang rawan, prolifera sinovia dan pembentukan panus.

**Tujuan Keperawatan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, nyeri yang dirasakan klien berkurang

**Dengan kriteria hasil :**

- a. Klien melaporkan penelusuran nyeri
- b. Menunjukkan perilaku yang lebih rileks

c. Skala nyeri nyeri berkurang dari 0 – 1 atau teratasi.

**Intervensi :**

- a. Kaji lokasi, intensitas dan tipe nyeri. Observasi kemajuan nyeri kedaerah yang baru. Kaji nyeri dengan skala 0 – 4.
- b. Bantu klien dalam mengidentifikasi faktor pencetus.
- c. Jelaskan dan bantu klien terkait dengan tindakan pereda nyeri non farmakologi dan non invasive.
- d. Ajarkan relaksasi : teknik terkait ketegangan otot rangka yang dapat mengurangi intensitas nyeri nyeri.
- e. Ajarkan metode distraksi selama nyeri akut.
- f. Tingkatkan pengetahuan tentang penyebab nyeri dan hubungan dengan berapa lama nyeri akan berlangsung.
- g. Hindarkan klien meminum alkohol, kafein dan diuretic.
- h. Kolaborasi dengan dokter pemberian allopurinol.

**Diagnosa II:** Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan rentang gerak, klemahan otot pada rentang gerakan, dan kekakuan pada sendi kaki sekunder akibat erosi tulang rawan dan pembentukan panus.

**Tujuan Keperawatan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya. Dengan kriteria hasil :

- a. Klien ikut dalam program latihan
- b. Tidak mengalami kontraktur sendi
- c. Kekuatan otot bertambah

- d. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas dan mempertahankan koordinasi optimal.

**Intervensi :**

- a. Kaji mobilitas yang ada dan observasi adanya peningkatan kerusakan.
- b. Ajarkan klien melakukan latihan room dan perawatan diri sesuai toleransi.
- c. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien.

**Diagnosa III :** Gangguan citra diri b/d perubahan bentuk kaki dan terbentuknya tofus.

**Tujuan keperawatan :** Citra diri meningkat.

**Kriteria hasil :**

- a. Klien mampu mengatakan dan mengkomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang terjadi
- b. Mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi.
- c. Mengakui dan menggabungkan dalam konsep diri

**Intervensi :**

- a. Kaji perubahan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan
- b. Tingkatkan kembali realitas bahwa masih dapat menggunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat
- c. Bantu dan anjurkan perawatan yang baik dan memperbaiki kebiasaan

- d. Anjurkan orang terdekat untuk mengizinkan klien melakukan sebanyak mungkin hal untuk dirinya.
- e. Bersama klien mencari alternative coping yang ositif.
- f. Dukung erilaku atau usaha peningkatan minat atau partisipasi dalam aktivitas rehabilitasi.
- g. Kolaborasi dengan ahli neuropsikologi dan konseling bila ada indikasi.

### C. Konsep Evidence Based Nursing Practice

#### 1. Kompres hangat

##### a. Definisi

Adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan kantung berisi air hangat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan.

- 1) Kompres hangat dengan suhu 45-50,5 oC dapat dilakukan dengan menempelkan kantung karet yang diisi air hangat ke daerah tubuh yang nyeri.
- 2) Tujuan dari kompres hangat adalah pelunakan jaringan fibrosa, membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan mempelancar pasokan aliran darah dan memberikan ketenangan pada klien (Azril Kimin, 2009).

Merupakan tindakan dengan memberikan kompres hangat untuk memenuhi kebutuhan rasa nyaman, mengurangi atau membebaskan nyeri, mengurangi atau mencegah terjadinya spasme otot, dan memberikan rasa hangat.

Kompres hangat yang digunakan berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan. Selain itu, kompres hangat juga berfungsi menghilangkan sensasi rasa sakit. Untuk mendapatkan hasil yang terbaik, terapi kompres hangat dilakukan selama 20 menit dengan 1 kali pemberian dan pengukuran intensitas nyeri dilakukan dari menit ke 15-20 selama tindakan (Yuni Kusmiati, 2009).

b. Tujuan

- a) Memperlancar sirkulasi darah
- b) Menurunkan suhu tubuh
- c) Mengurangi rasa sakit
- d) Memberi rasa hangat,nyaman dan tenang pada klien
- e) Memperlancar pengeluaran eksudat
- f) Merangsang peristaltik usus

c. Manfaat

Efek yang ditimbulkan oleh kompres panas ini juga dapat menyebabkan serangkaian respon dalam otot dan sendi yang cedera. Pada kasus cedera otot, pemberian terapi hangat dapat meningkatkan elastisitas jaringan sehingga dapat mencegah kelanjutan proses cedera otot yang terjadi.

Peningkatan suhu secara terkontrol diketahui dapat meningkatkan kekuatan otot. Otot yang 'dihangatkan' juga diketahui dapat menyerap lebih banyak energy, sehingga mampu menahan beban yang lebih banyak serta lebih tahan terhadap kelelahan.

d. Mekanisme kerja dalam manajemen nyeri

Mengompres berarti memberikan rasa hanagat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh tertentu yang memerlukannya (Poltekes Kemenkes Maluku, 2011 dalam Fanada 2012). Efek panas pada kompres hangat inilah yang dapat meredakan nyeri, kaku dan spasme otot pada penderita asam urat. Sehingga kompres hangat dapat digunakan untuk mengobati penyakit salah satunya pada penurunan tingkat nyeri penderita sama urat.

e. Standar Operasional Prosedur

1) Tujuan

- a) Memperlancar sirkulasi darah

- b) Menurunkan suhu tubuh
- c) Mengurangi rasa sakit
- d) Memberi rasa hangat,nyaman dan tenang pada klien
- e) Memperlancar pengeluaran eksudat
- f) Merangsang peristaltik usus

## 2) Indikasi

- a) Klien yang kedinginan(suhu tubuh yang rendah)
- b) Klien dengan perut kembung
- c) Klien yang punya penyakit peradangan, seperti radang persendian
- d) Sepasme otot
- e) Adanya abses, hematoma

## 3) Alat dan bahan

### a) Kompres Hangat Basah

1. Baskom berisi air hangat sesuai kebutuhan (40-46c)
2. Bak seteril berisi dua buah kasa beberapa potong dengan ukuran yang sesuai
3. Kasa perban atau kain segitiga
4. Pengalas
5. Sarung tangan bersih di tempatnya
6. Bengkok dua buah (satu kosong, satu berisi larutan Lysol 3%)
7. Waslap 4 buah/tergantung kebutuhan

8. Pinset anatomi 2 buah

9. Korentang

b) Kompres Hangat Kering

1. Buli-buli panas dan sarungnya

2. Termos berisi air panas

3. Termometer air panas

4. Lap kerja

4) Prosedur Tindakan

a) Kompres Hangat Basah

1. Dekatkan alat-alat kedekat klien

2. Perhatikan privacy klien

3. Cuci tangan

4. Atur posisi klien yang nyaman

5. Pasang pengalas dibawah daerah yang akan dikompres

6. Kenakan sarung tangan lalu buka balutan perban bila diperban. Kemudian, buang bekas balutan ke dalam bengkok kosong

7. Ambil beberapa potong kasa dengan pinset dari bak steril, lalu masukkan ke dalam kom yang berisi cairan hangat.

8. Kemudian ambil kasa tersebut, lalu bentangkan dan letakkan pada area yang akan dikompres

9. Bila klien menoleransi kompres hangat tersebut, lalu ditutup/dilapisi dengan kasa kering. Selanjutnya dibalut dengan kasa perban atau kain segitiga

10. Lakukan prasat ini selama 15-30 menit atau sesuai program dengan anti balutan kompres tiap 5 menit

11. Lepaskan sarung tangan

12. Atur kembali posisi klien dengan posisi yang nyaman

13. Bereskan semua alat-alat untuk disimpan kembali

14. Cuci tangan

b) Kompres Hangat Kering

1. Persiapan alat

2. Cuci tangan

3. Lakukan pemasangan terlebih dahulu pada buli-buli panas dengan cara : mengisi buli-buli dengan air panas, kencangkan penutupnya kemudian membalik posisi buli-buli berulang-ulang, lalu kosongkan isinya. Siapkan dan ukur air yang diinginkan (50-60°C)

4. Isi buli-buli dengan air panas sebanyak kurang lebih setengah bagian dari buli-buli tersebut. Lalu keluarkan udaranya dengan cara :

5. Letakkan atau tidurkan buli-buli di atas meja atau tempat datar.
  6. Bagian atas buli-buli di lipat sampai kelihatan permukaan air di leher buli-buli
  7. Kemudian penutup buli-buli di tutup dengan rapat/benar
  8. Periks apakah buli-buli bocor atau tidak lalu keringkn dengan lap kerja dan masukkan ke dalam sarung buli-buli
  9. Bawa buli-buli tersebut ke dekat klien
  10. Letakkan atau pasang buli-buli pada area yang memerlukan
  11. Kaji secara teratur kondisi klien untuk mengetahui kelainan yang timbul akibat pemberian kompres dengan buli-buli panas, seperti kemerahan, ketidaknyamanan, kebocoran, dsb.
  12. Ganti buli-buli panas setelah 30 menit di pasang dengan air anas lagi, sesuai yang di kehendaki
  13. Bereskan alat alat bila sudah selesai
  14. Cuci tangan
- c) Evaluasi
1. Respon Klien
  2. Alat kompres

d) Dokumentasi

1. Waktu pelaksanaan
2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi
3. Nama perawat yang melaksanakan

