

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST  
HEMOROIDEKTOMI DENGAN GANGGUAN  
NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA  
KUSUMA I RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi DIII Keperawatan  
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh:**

**Meta Sagitha**

**NIM: AKX.17 .051**



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS BHAKTI  
KENCANA BANDUNG  
2020**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Meta Sagitha

NIM : AKX.17.051

Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Hemoroidektomi dengan Gangguan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, 10 Mei 2020  
Yang Membuat Pernyataan



Meta Sagitha  
AKX.17.051

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST HEMOROIDEKTOMI  
DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA  
KUSUMA I RSUD CIAMIS**

**OLEH**

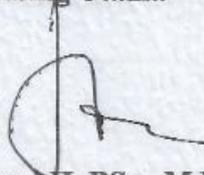
**META SAGITHA  
AKX.17.051**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**

**Pembimbing Pendamping**



**Drs. H. Rachwan H, BSc., M.Kes**  
**NIK: 10115175**

**Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
**NIK: 02007020134**

**Mengetahui,**

**Prodi DIII Keperawatan  
Ketua**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep**  
**NIK: 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST HEMOROIDEKTOMI  
DENGAN GANGGUAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA  
KUSUMA I RSUD CIAMIS**

**OLEH  
META SAGITHA  
AKX.17.051**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal, Rabu, 20 Mei 2020.

**PANITIA PENGUJI**

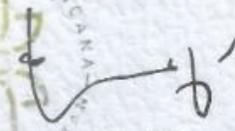
**Ketua : Drs. H. Rachwan Herawan, BSc., M.Kes (.....)**  
(Pembimbing Utama)

**Anggota :**

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep  
(Penguji I) (.....)
2. Dede Nur Aziz M, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Penguji II) (.....)
3. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep  
(Pembimbing Pendamping) (.....)

Mengetahui,

**Fakultas Keperawatan  
Ketua**

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
NIK: 020007020132

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Hemoroidektomi dengan Gangguan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma I Rsud Ciamis” dengan sebaik – baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Rachwan Herawan, BSC., MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vera Abriyanti, S. Kep.,Ners selaku CI Ruang Wijaya Kusuma I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh dosen dan staf Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan dan bimbingan bagi penulis dalam menyelesaikan proses Pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Orang tuaku tersayang papa Fransiskus Xaverius Sutono, mama Maria Fransiska Prapti Redjeki, serta saudara-saudaraku tercinta cici Vinsensia Yolanda Jenny Pratana, dan Meda Susetha yang tak pernah lelah dalam mendoakan dan sangat berjasa dalam hidup penulis, yang selalu tak henti-hentinya memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kiki Mariki dan Baba Dilaba yang selalu setia menemani di setiap waktu, dan menghibur baik saat susah maupun senang.

12. Ardi Nugraha, Affan Ikhtiar Al Madani, Andina Wahyudi Nugraha, Meike Asniyanti, Dwi Mega Alfi Julianti yang turut membantu penulis dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, serta seluruh teman seperjuangan Anestesi Angkatan XIII tersayang.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 12 Mei 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Hemoroid merupakan pembesaran atau pelebaran vena Hemoroidialis yang melalui kanal anus atau rectum yang disebabkan oleh peradangan pada usus yang ditandai dengan nyeri dan rasa tidak nyaman yang bermanifestasi perdarahan setelah buang air besar. Penatalaksanaan bedah Hemoroid adalah dengan Hemoroidektomi. Nyeri yang dirasakan pasien merupakan efek setelah menjalani suatu operasi. Selain itu pemasangan tampon post Hemoroidektomi menyebabkan nyeri hebat 24 jam pertama. **Metode:** Penelitian ini berupa studi kasus untuk mengeksplorasi masalah secara mendetail mengenai asuhan keperawatan pada 2 pasien post Hemoroidektomi dengan masalah keperawatan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Kabupaten Ciamis. **Hasil:** Nyeri Akut: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dengan teknik kompres dingin pada tengkuk dan teknik relaksasi pada kedua pasien selama 3 x 24 jam, pada kasus 1 masalah teratasi pada POD 3, dan pada kasus 2 masalah juga teratasi pada POD 3. **Diskusi:** Pasien dengan masalah gangguan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap post Hemoroidektomi. Respon tersebut dipengaruhi oleh status kesehatan pasien sebelumnya, sehingga perawat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam menangani masalah yang muncul pada pasien.

Kata kunci: Hemoroid, Hemoroidektomi, Nyeri, Teknik Kompres Dingin, Teknik Relaksasi.

Daftar Pustaka: 20 Buku (2010 - 2020), 7 Jurnal (2017 - 2020).

## ABSTRACT

**Backgrounds:** Hemorrhoids are enlargements or dilations of the hemorrhoidal veins through the anal canal or rectum which are caused by inflammation of the intestine, characterized by pain and discomfort that manifests bleeding after bowel movements. Hemorrhoidal surgical management is hemorrhoidectomy. Pain is an effect after an operation. In addition, post-hemorrhoidectomy tampons cause severe pain in the first 24 hours. **Method:** This research is a case study to explore the problem in detail regarding nursing care in 2 post-hemorrhoidectomy patients with nursing problems of acute pain disorder in Wijaya Kusuma I Room, Ciamis District Hospital. **Results:** Acute pain: after nursing care performed with cold compress technique on the nape and relaxation technique in both patients for 3 x 24 hours, in case 1 the problem was resolved in POD 3, and in case 2 the problem was also resolved in POD 3. **Discussion:** Patients with acute pain disorder problems do not always have the same response at every post hemorrhoidectomy. The response is influenced by the patient's previous health status, so nurses perform comprehensive nursing care in dealing with problems that arise in patients.

Keywords: Hemorrhoids, Hemorrhoidectomy, Pain, Cold Compress Techniques, Relaxation Technique

Bibliography: 20 Books (2010 - 2020), 7 Journals (2017 - 2020).

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Bagan .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan .....	6
1.3.1 Tujuan umum .....	6
1.3.2 Tujuan khusus .....	6
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Teoritis.....	6

1.4.2	Praktis .....	7
BAB II TINJAUAN TEORI .....		8
2.1	Konsep Dasar Penyakit .....	8
2.1.1	Pengertian Hemoroid.....	8
2.1.2	Etiologi.....	8
2.1.3	Manifestasi Klinis Hemoroid.....	10
2.1.4	Patofisiologi Hemoroid.....	11
2.1.5	Klasifikasi Hemoroid.....	13
2.1.6	Anatomi Rektum dan Anus.....	15
2.1.7	Pemeriksaan Diagnostik.....	18
2.1.8	Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan.....	20
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan.....	25
2.2.1	Pengkajian Keperawatan.....	25
2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3	Intervensi Keperawatan .....	31
2.2.4	Implementasi Keperawatan.....	41
2.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	41
2.3	Konsep Nyeri.....	44
2.3.1	Definisi Nyeri.....	44
2.3.2	Fisiologi Nyeri.....	45
2.3.3	Klasifikasi Nyeri.....	50
2.3.4	Penilaian Nyeri.....	55

2.3.5	Penatalaksanaan Nyeri.....	56
2.4	Teknik Pengelolaan Nyeri Kompres Dingin dan Relaksasi .....	63
2.4.1	Teknik Pengelolaan Nyeri Kompres Dingin.....	63
2.4.2	Teknik Pengelolaan Nyeri Relaksasi.....	64
BAB III METODE PENELITIAN.....		66
3.1	Desain Penelitian.....	66
3.2	Batasan Istilah.....	66
3.3	Partisipan / Responden / Subjek Penelitian.....	68
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	68
3.5	Pengumpulan Data .....	69
3.6	Uji Keabsahan Data .....	71
3.7	Analisa Data .....	72
3.8	Etika Penelitian.....	74
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		80
4.1	Hasil.....	80
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	80
4.1.2	Asuhan Keperawatan.....	81
4.1.2.1	Pengkajian .....	81
4.1.2.2	Analisa Data.....	91
4.1.2.3	Diagnosa Keperawatan.....	96
4.1.2.4	Intervensi Keperawatan.....	99

4.1.2.5 Implementasi Keperawatan.....	104
4.1.2.6 Evaluasi Sumatif.....	112
4.2 Pembahasan.....	113
4.2.1 Pengkajian .....	113
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	115
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	117
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	122
4.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	129
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	132
5.1 Kesimpulan .....	132
5.2 Saran .....	138
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Hemoroid Eksterna.....	13
Gambar 2.2. Trombosis Hemoroid Eksterna.....	14
Gambar 2.3. Klasifikasi Hemoroid Interna.....	15
Gambar 2.4. Anatomi Anorectal.....	17
Gambar 2.5. <i>Rubber Band Ligation</i> .....	23
Gambar 2.6. Hemoroidektomi.....	24

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Intervensi Keperawatan.....	33
Tabel 2.2. Tipe Stimulus Nyeri, Sumber, dan Patofisiologis.....	46
Tabel 2.3. Perbedaan Serabut Saraf A-delta dan C.....	48
Tabel 2.4. Perbandingan Karakteristik Nyeri Akut dan Nyeri Kronis.....	51
Tabel 2.5. Efek Relaksasi.....	59
Tabel 4.1. Identitas Klien.....	81
Tabel 4.2. Riwayat Penyakit.....	81
Tabel 4.3. Perubahan Aktivitas.....	83
Tabel 4.4. Pemeriksaan Fisik.....	84
Tabel 4.5. Pemeriksaan Psikologi.....	88
Tabel 4.6. Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	90
Tabel 4.7. Program dan Rencan Pengobatan.....	91
Tabel 4.8. Analisa Data Klien 1 (Tn. H).....	91
Tabel 4.9. Analisa Data Klien 2 (Tn. K).....	93
Tabel 4.10. Diagnosa Keperawatan.....	96
Tabel 4.11. Perencanaan.....	99
Tabel 4.12. Implementasi.....	104
Tabel 4.13. Evaluasi Sumatif.....	112

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Patofisiologi Hemoroid.....	12
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2. Surat Pernyataan Persetujuan (SPP) Menjadi Pasien Kelolaan  
(*Informed Consent*)

Lampiran 3. Lembar Observasi

Lampiran 4. Lembar Justifikasi

Lampiran 5. Jurnal I

Lampiran 6. Jurnal II

Lampiran 7. Review Artikel

Lampiran 8. Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

Lampiran 9. Leaflet Hemoroid

Lampiran 10. Catatan Revisi Sidang Akhir KTI

Lampiran 11. Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir KTI

Lampiran 12. Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: <i>World Health Organization</i>
$\delta$	: <i>Delta</i>
$\beta$	: <i>Beta</i>
Os	: <i>Osteon</i>
M	: <i>Muskulus</i>
V	: <i>Vena</i>
BMP	: <i>Bowel Management Program</i>
Ex	: <i>Example</i>
Nd: YAG	: <i>Neodymium-doped: Yttrium Aluminum Garnet</i>
<i>P.E.</i>	: <i>Physical Examination</i>
Mis.	: <i>Misal</i>
IASP	: <i>International Association for the Study of Pain</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Score</i>
TENS	: <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
NSAID	: <i>Non-Steroid Anti Inflammation Drugs</i>
WOD	: <i>Wawancara, Observasi, Dokumen</i>
S1	: <i>Sarjana 1</i>
SLTA	: <i>Sekolah Lanjut Tingkat Atas</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
EMV	: <i>Eye Movement Verbal</i>
BTKTP	: <i>Bubur Tinggi Kalori Tinggi Protein</i>
BAK	: <i>Buang Air Kecil</i>
BAB	: <i>Buang Air Besar</i>
WC	: <i>Water Closet</i>

ICS	: <i>Intercostal Space</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
BMI	: <i>Body Mass Index</i>
SGOT	: <i>Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase</i>
SGPT	: <i>Serum Glutamic Pyruvate Transaminase</i>
RL	: Ringer Laktat
Tpm	: Tetes per menit
P/L	: Perempuan/Laki-laki
IV	: <i>Intravena</i>
Kg	: Kilogram
G	: Gram
Mg	: Miligram
L	: Liter
dL	: Desiliter
ml	: Mililiter
uL	: Microliter
°C	: Derajat Celcius
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
SOAP	: Subjektif, Objektif, <i>Assessment, Planning</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hemoroid merupakan pembesaran atau pelebaran vena Hemoroidialis yang melalui kanal anus atau rectum yang disebabkan oleh peradangan pada usus yang ditandai dengan nyeri dan rasa tidak nyaman yang bermanifestasi perdarahan setelah buang air besar (Tri Utami dan Ganik Sakitri, 2020). Hemoroid adalah bagian vena yang berdilatasi di dalam kanal anal. Hemoroid sangat umum terjadi. Pada usia 50an, sekitar 50% individu mengalami berbagai tipe Hemoroid berdasarkan luasnya vena yang terkena (Sugeng J dan Weni K, 2015).

Menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2014 menyatakan bahwa jumlah penderita Hemoroid di dunia diperkirakan 230 juta orang. Di amerika serikat diperkirakan 10 juta jiwa mengalami Hemoroid, prevelensi tersebut sekitar 4,4% dilakukan pengobatan sedangkan yang dilakukan hemoroidektomi berjumlah 1,5%. Menurut data Kemenkes RI tahun 2013, prevalensi Hemoroid berkisar 5,7 dari total 10 juta orang. Pada tahun 2019, terdapat 33 jumlah kasus Hemoroid di RSUD Kabupaten Ciamis. Dari 33 jumlah kasus Hemoroid di RSUD Kabupaten Ciamis dilakukan penatalaksanaan bedah yaitu Hemoroidektomi.

Pasien Hemoroid akan mengalami tanda dan gejala meliputi perdarahan, nyeri adanya prolaps (benjolan) dan kadang merasa gatal-gatal di rektum. Gejala stadium awal pada Hemoroid interna yaitu keluarnya darah yang berwarna merah terang dan tidak disertai nyeri pada akhir defekasi. Sedangkan gejala pada stadium akhir berupa prolaps yang menetap dan tidak bisa masuk lagi meskipun didorong secara manual (Rohmani, 2018). Pada Hemoroid eksternal, sering timbul nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh trombosis (pembekuan darah dalam Hemoroid) sehingga dapat menimbulkan iskemia dan nekrosis pada area tersebut (Sugeng J dan Weni K, 2015). Banyak orang yang justru mengabaikan gejala Hemoroid sehingga dapat mencapai komplikasi Hemoroid yaitu perdarahan akut, perdarahan kronis dan terjadi inkarserasi prolaps. Hal ini dapat menyebabkan infeksi sampai sepsis dan gangren yang menyebabkan bau menyengat (Tri Utami dan Ganik Sakitri, 2020).

Penatalaksanaan Hemoroid terdiri dari penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan bedah. Penatalaksanaan medis ditujukan untuk Hemoroid interna derajat I sampai III atau semua derajat Hemoroid yang ada kontraindikasi operasi atau klien menolak operasi. Penatalaksanaan bedah (tindakan operatif) ditujukan untuk Hemoroid interna derajat IV dan eksterna atau semua derajat Hemoroid yang tidak berespon terhadap pengobatan medis (Sugeng J dan Weni K, 2015). Penatalaksanaan bedah Hemoroid adalah dengan Hemoroidektomi. Hemoroidektomi adalah operasi pengangkatan Hemoroid

dengan cara eksisi yakni mengangkat jaringan yang mengalami varises (pelebaran) yang terjadi di daerah kanalis analis (Rohmani, 2018).

Dalam buku “Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc” oleh Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015) disebutkan masalah yang kemungkinan muncul pada pasien post Hemoroidektomi. Terdapat masalah keperawatan antara lain: gangguan nyeri akut berhubungan dengan iritasi, tekanan, dan sensitifitas pada area rectal/anal sekunder akibat penyakit anorectal dan spasme sfingter pada pascaoperatif; konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi; serta resiko infeksi berhubungan dengan adanya port d’entrée kuman akibat kontinuitas jaringan rusak. Berdasarkan masalah-masalah yang dapat muncul di atas, akar permasalahan pada pasien post Hemoroidektomi terdapat pada nyeri akut sehingga permasalahan lain pun dapat muncul. Peran seorang perawat adalah membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi pereda nyeri (dengan menggunakan pendekatan/manajemen farmakologis maupun nonfarmakologis) (Sulistyo, 2017).

Nyeri post operasi disebabkan oleh adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan dari prosedur pembedahan yaitu luka (insisi), sehingga akan merangsang mediator-mediator zat kimia dari nyeri. Post operasi membuat kulit terbuka dan terluka sehingga menstimulus impuls nyeri ke saraf sensori dan teraktivasi di transmisikan ke kornus posterior di korda spinalis. Saraf aferen akan menyampaikan persepsi nyeri ke otak (Tri Utami dan Ganik Sakitri, 2020). Post Hemoroidektomi, banyak ahli bedah yang masih memasang tampon di kanalis analis pasien. Pemasangan tampon bertujuan untuk mengurangi perdarahan. Pemasangan tampon dalam kanalis analis post Hemoroidektomi menjadi penyebab nyeri 24 jam pertama post operasi. Tampon yang terpasang menyebabkan spasme internal karena adanya regangan dan tekanan pada saraf perifer di kanalis analis (Rohmani, 2018).

Hasil penelitian yang dilakukan menurut Jurnal Keperawatan Tropis Papua (2018), menunjukkan adanya perbedaan rerata penurunan nyeri dengan kompres dingin di leher belakang (tengkuk) pada pasien post Hemoroidektomi yang terpasang tampon. Kompres dingin mengurangi prostaglandin yang memperkuat reseptor nyeri, menghambat proses inflamasi dan merangsang pelepasan endorpin. Kompres dingin mengurangi transmisi nyeri melalui serabut A- $\delta$  dan serabut C yang berdiameter kecil serta mengaktivasi serabut A- $\beta$  yang berdiameter lebih cepat dan besar. Pengaruh kompres dingin di leher belakang atau tengkuk bertujuan untuk menghambat sensasi nyeri yang akan

dihantarkan oleh impuls saraf ke sistem saraf pusat (otak) (Tri Utami dan Ganik Sakitri, 2020).

Berdasarkan data masalah tersebut di atas, dapat kita ketahui bahwa 33 jumlah kasus Hemoroid di RSUD Kabupaten Ciamis dilakukan penatalaksanaan bedah yaitu Hemoroidektomi. Banyak orang yang justru mengabaikan gejala Hemoroid dan tidak menyadari bahwa hal itu dapat menimbulkan komplikasi perdarahan hingga syok sepsis. Maka dari itu, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Hemoroidektomi dengan Gangguan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

1.3.2.2 Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

1.3.2.3 Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

1.3.2.4 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan pada pasien post Hemoroidektomi dengan gangguan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis Tahun 2020.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Melalui hasil penelitian ini, diharapkan dapat memiliki manfaat untuk mengembangkan ilmu pengetahuan keperawatan, terkhusus pada keperawatan medikal bedah mengenai pasien dengan kasus post Hemoroidektomi.

## **1.4.2 Manfaat Praktis**

### 1.4.2.1 Bagi Perawat

Dapat menjadi sarana untuk memperluas wawasan dan pengetahuan, serta menambah pengalaman untuk mengasah keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan, serta menerapkan berbagai teori dan konsep yang ada.

### 1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi saran atau masukan kepada tenaga kesehatan di Rumah Sakit sehingga mampu menjadi pertimbangan untuk perkembangan kinerja dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien di masa yang akan datang.

### 1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi referensi dan mampu memberikan gambaran penelitian dalam menciptakan penelitian-penelitian selanjutnya yang lebih berkualitas.

### 1.4.2.4 Bagi Klien

Dapat menjadi wawasan baik untuk klien dan keluarga mengenai perawatan yang dapat dilakukan pada post Hemoroidektomi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian Hemoroid**

Hemoroid adalah pelebaran varises satu segmen / lebih pembuluh darah vena Hemoroidales (bacon) pada poros usus dan anus yang disebabkan karena otot dan pembuluh darah sekitar anus / dubur kurang elastis sehingga cairan darah terhambat dan membesar (Rudi Haryono, 2012). Hemoroid adalah pembesaran vena (varises) dari pleksus venosis Hemoroidalis yang ditemukan pada anal kanal (Diyono dan Sri Mulyanti, 2013). Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus Hemorrhoidalis (Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma, 2015). Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hemoroid merupakan pelebaran pembuluh darah vena dari pleksus Hemoroidalis yang berada pada daerah sekitar anus.

##### **2.1.2 Etiologi**

Menurut Diyono dan Sri Mulyanti (2013), penyebab Hemoroid dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Peningkatan tekanan intra-abdomen. Mis: kegemukan, kehamilan konstipasi.
- b. Komplikasi dari penyakit *cirrhosis hepatis*.

- c. Terlalu banyak duduk
- d. Tumor abdomen / pelvis.
- e. Mengejan saat BAB
- f. Hipertensi portal

Sedangkan menurut Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015), Hemoroid timbul karena dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena Hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor-faktor resiko / pencetus, seperti:

- a. Mengejan pada buang air besar yang sulit
- b. Pola buang air besar yang salah (lebih banyak menggunakan jamban duduk, terlalu lama duduk di jamban sambil membaca, merokok)
- c. Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor (tumor usus, tumor abdomen)
- d. Kehamilan (disebabkan tekanan jenis pada abdomen dan perubahan hormonal)
- e. Usia tua
- f. Konstipasi kronik
- g. Diare akut yang berlebihan dan diare kronik
- h. Hubungan seks peranal
- i. Kurang minum air dan kurang makan makanan berserat (sayur dan buah)
- j. Kurang olahraga / imobilisasi

### 2.1.3 Manifestasi Klinis Hemoroid

Menurut Rudi Haryono (2012), tanda dan gejala dari Hemoroid, antara lain:

- a. Terjadi benjolan-benjolan di sekitar dubur setiap kali buang air besar.
- b. Rasa sakit atau perih yang timbul karena prolaps Hemoroid (benjolan tidak dapat kembali) dari anus terjepit karena adanya trombus.
- c. Perdarahan segar di sekitar anus dikarenakan adanya rupture varises.
- d. Perasaan tidak nyaman (duduk terlalu lama dan berjalan tidak kuat lama).
- e. Keluar lendir yang menyebabkan perasaan isi rectum belum keluar semua.

Sedangkan dalam “Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Pencernaan”, Diyono dan Sri Mulyanti (2013) menyebutkan manifestasi klinis Hemoroid, yaitu:

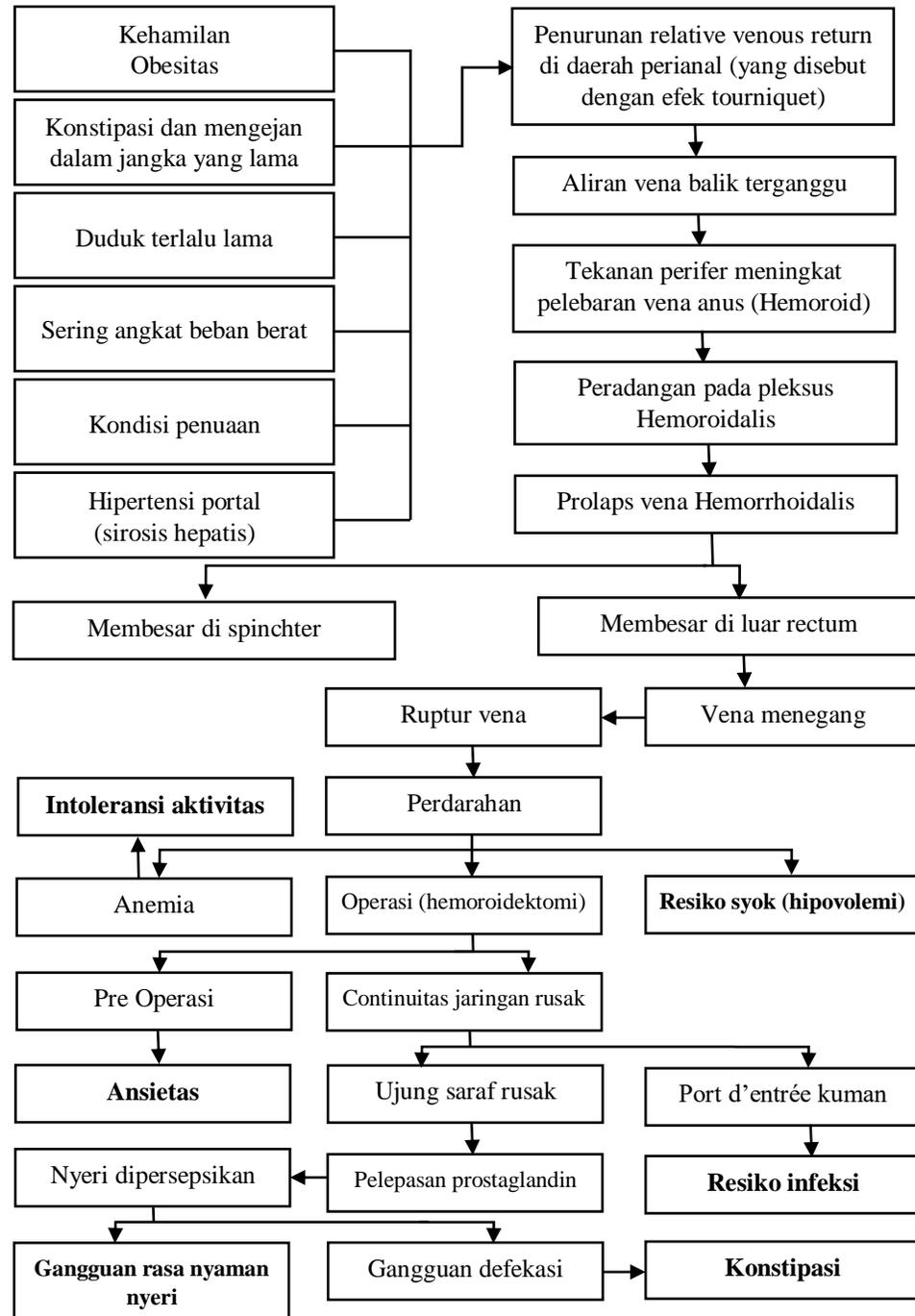
- a. Gangguan pada anus: nyeri, konstipasi, perdarahan.
- b. Benjolan pada anus yang menetap pada Hemoroid eksternal sedangkan pada Hemoroid internal benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai gradasinya.
- c. Dapat terjadi anemia bila Hemoroid mengalami perdarahan kronis.
- d. Perdarahan peranus waktu gerak yang berupa darah merah segar yang menetes / mengucur tanpa rasa nyeri.
- e. Bila terdapat bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri.

#### **2.1.4 Patofisiologi Hemoroid**

Prolaps dapat disebabkan oleh spasme pada sfingter internal sebagai akibat dari peningkatan tekanan yang mendorong benjolan melalui sfingter internal dan dalam waktu saat benjolan terdorong keluar. Komplikasi yang berhubungan dengan Hemoroid internal meliputi perdarahan, prolapses, dan thrombus. Hemoroid yang tersusun dari jaringan vaskular spor, menimbulkan perdarahan. Darah tersebut tampak pada WC duduk dan tisu toilet atau permukaan tempat duduk. Kekurangan zat besi sebagai akibat anemia dapat berkembang jika darah berkurang dalam periode waktu lama (Diyono dan Sri Mulyanti, 2013).

Trombosis dalam Hemoroid eksternal sebagai akibat pembekuan darah dalam vena Hemoroid. Trombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat, mengejan. Klien yang nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila klien duduk saat defekasi. Itu biasanya tidak tampak dalam waktu seminggu. Trombosis pada Hemoroid eksternal selalu diikuti oleh prolaps trombosis Hemoroid internal. Jika pembekuan darah pada permukaan kulit maka dapat menimbulkan ulserasi (Diyono dan Sri Mulyanti, 2013).

Bagan 2.1. Patofisiologi Hemoroid



Sumber: Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma, 2015

### 2.1.5 Klasifikasi Hemoroid

Menurut Rudi Haryono (2012) dalam buku “Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan” disebutkan klasifikasi Hemoroid berdasarkan letak terjadinya Hemoroid dibedakan menjadi dua, yaitu Hemoroid Eksterna dan Hemoroid Interna.

#### 2.1.5.1 Hemoroid Eksterna

Hemoroid eksterna diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan hematoma, bentuk ini sering sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung saraf pada kulit merupakan reseptor nyeri. Hemoroid eksterna kronik atau *skin tag* berupa satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri dari jaringan penyambung dan sedikit pembuluh darah.

Gambar 2.1.

Hemoroid Eksterna



Sumber: C. Mel Wilcox, 2012

Gambar 2.2.

## Trombosis Hemoroid Eksterna



Sumber: Scott R Steele, 2016.

#### 2.1.5.2 Hemoroid Interna

a. Derajat I

Terjadi pembesaran Hemoroid yang tidak prolaps keluar kanal anus.

Hanya dapat dilihat dengan anorektoskop.

b. Derajat II

Pembesaran Hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan setelah selesai BAB.

c. Derajat III

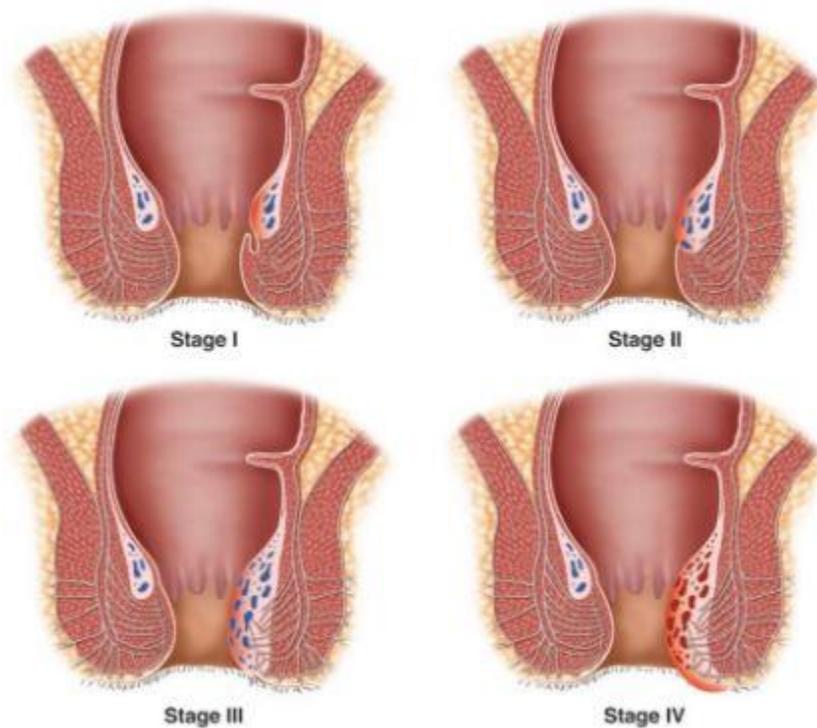
Pembesaran Hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari.

d. Derajat IV

Prolaps Hemoroid yang permanen, rentan dan cenderung untuk mengalami thrombosis atau infark.

Gambar 2.3.

Klasifikasi Hemoroid Interna



Sumber: Scott R Steele, 2016.

### 2.1.6 Anatomi Rektum dan Anus

Rektum merupakan lanjutan dari kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus sepanjang 12 cm, dimulai dari pertengahan

sacrum dan berakhir pada kanalis anus. Rektum terletak dalam rongga pelvis, di depan os sacrum dan os koksigis. Rektum terdiri dari dua bagian:

a. Rektum propia

Bagian yang melebar disebut ampula rekti. Jika ampula rekti terisi makanan akan timbul hasrat defekasi.

b. Pars analis rekti

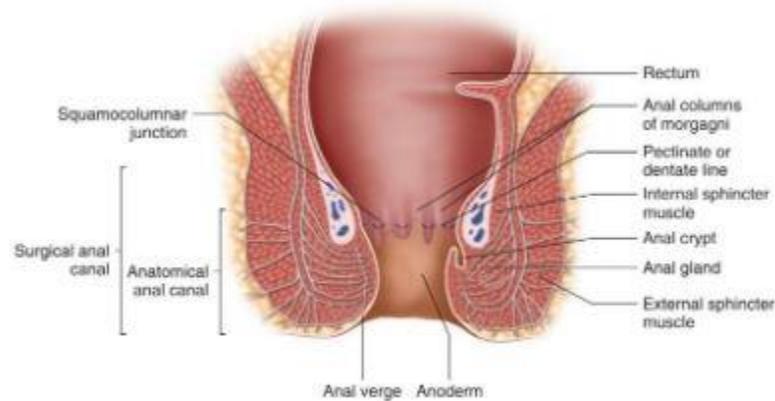
Sebelah bawah ditutupi oleh serat-serat otot polos (M. sfingter ani internus) dan serabut otot lurik (M. sfingter ani eksternus). Kedua otot ini berperan pada waktu defekasi tunika mukosa rektum banyak mengandung pembuluh darah. Jaringan mukosa dan jaringan otot membentuk lipatan disebut kolumna rektalis. Bagian bawah kolumna rektalis terdapat pembuluh darah V. rektalis (V. Hemoroidalis superior, V. Hemoroidalis inferior). Sering terjadi pelebaran atau varises yang disebut Hemoroid (wasir).

Bagian dari saluran pencernaan dengan dunia luar terletak di dasar pelvis dan dindingnya diperkuat oleh sfingter ani yang terdiri dari;

- a. Sfingter ani internus, sebelah dalam bekerja tidak menurut kehendak.
- b. Sfingter levator ani, bagian tengah bekerja tidak menurut kehendak.
- c. Sfingter ani eksternus, sebelah luar bekerja menurut kehendak.

Gambar 2.4

## Anatomi Anorectal



Sumber: Scott R Steele, 2016.

Defekasi adalah hasil refleks apabila bahan feses masuk ke dalam rektum. Dinding rektum akan meregang menimbulkan impuls aferens yang disalurkan melalui pleksus mesenterikus dan menimbulkan gelombang peristaltik pada kolon desendens. Kolon sigmoid mendorong feses ke arah anus. Apabila gelombang peristaltik sampai di anus, sfingter ani internus dihambat dan sfingter ani eksternus melemas sehingga terjadi defekasi.

Refleks ini sangat lemah harus diperkuat dengan refleks lain melalui segmen sacral medulla spinalis, dikembalikan ke kolon desendens, kolon sigmoid, rektum, dan anus melalui saraf parasimpatis. Ini memperkuat gelombang peristaltik dan mengubah refleks defekasi dari gelombang lemah menjadi proses defekasi yang kuat. Orang normal dapat mencegah defekasi

sampai waktu dan tempat yang sesuai dengan refleks defekasi, hilang beberapa menit dan timbul kembali sampai beberapa jam. Pada bayi baru lahir refleks defekasi berjalan secara otomatis dan mengosongkan usus besar bagian bawah (Syaifuddin, 2013).

### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Diyono dan Sri Mulyanti (2013), pada kasus penyakit Hemoroid terdapat macam-macam pemeriksaan untuk menegakkan diagnose, antara lain:

a. Inspeksi

Kemungkinan tidak ditemukan apa-apa, mungkin terlihat benjolan Hemoroid internal / eksternal yang prolaps.

b. Pemeriksaan rektal secara langsung

Mengetahui adanya bunyi pada sfingter internal dan biasanya pada laki-laki muda terdapat bunyi yang cepat.

c. Colok Dubur

Tidak diketemukan benjolan kecuali sudah terjadi trombus, pemeriksaan ini harus dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan / penyakit lain.

d. *Anoscopy*

Pemeriksaan untuk mengetahui apakah terjadi pergeseran pada organ dalam di bagian bawah yang menyebabkan Hemoroid.

e. *Sigmoidoscopy* dan barium enema

Pemeriksaan pada usus / kolon sigmoid untuk mengetahui adakah kanker atau inflamasi. Pemeriksaan ini penting terutama pada klien umur > 40 tahun.

f. *Proktoscopy*

Pemeriksaan untuk melihat lokasi Hemoroid internal yang ada pada tiga tempat utama.

Sedangkan menurut Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015), dalam buku “Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2” disebutkan pemeriksaan penunjang pada kasus Hemoroid antara lain:

a. Pemeriksaan colok dubur

Diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rectum. Pada haemoroid interna tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri.

b. Anoskop

Diperlukan untuk melihat haemoroid interna yang tidak menonjol keluar

c. Proktosigmoidoskopi

Untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi.

Pada buku “Lecture Notes: Gastroenterologi dan Hepatologi” karangan Anton Emmanuel dan Stephen Inns (2014) juga dijelaskan prosedur pemeriksaan *rectal touche* rutin untuk melihat ekskoriasi, Hemoroid eksternal, fissure ani, identifikasi kulit, pembukaan fistula, dan kulit anal. Prosedur dilakukan dengan memasukkan cairan lubrikasi dengan jari ke dalam anus untuk memperhatikan adanya tonus anal saat istirahat dan pada saat kontraksi secara volunteer, apakah terdapat massa rectum (polip, kanker, feses), dan ukuran prostat dan tekstur pada pria.

#### **2.1.8 Penatalaksanaan Medik dan Implikasi Keperawatan**

Dalam buku “Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC” karangan Sugeng Jitowiyono dan Weni Kristiyanasari (2015) dijelaskan bahwa penatalaksanaan Hemoroid terdiri dari penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan bedah.

##### **2.1.8.1 Penatalaksanaan Medis**

Ditujukan untuk Hemoroid interna derajat I sampai III atau semua derajat Hemoroid yang ada kontraindikasi operasi atau klien yang menolak operasi.

##### **a. Non-farmakologis**

Bertujuan untuk mencegah perburukan penyakit dengan cara memperbaiki defekasi. Pelaksanaan berupa perbaikan pola hidup, perbaikan pola makan dan minum, perbaikan pola/cara defekasi. Perbaikan defekasi disebut *Bowel Management Program* (BMP) yang terdiri atas diet, cairan, serta tambahan, pelicin feses, dan perubahan

perilaku defekasi (defekasi dalam posisi jongkok / *squatting*). Selain itu, lakukan tindakan kebersihan local dengan cara merendam anus dalam air selama 10 – 15 menit, 2 – 4 kali sehari. Dengan perendaman ini, eksudat / sisa tinja yang lengket dapat dibersihkan. Eksudat / sisa tinja yang lengket dapat menimbulkan iritasi dan rasa gatal bila dibiarkan.

b. Farmakologi

Bertujuan memperbaiki defekasi dan meredakan atau menghilangkan keluhan dan gejala. Obat-obat farmakologis Hemoroid dapat dibagi atas empat macam, yaitu:

1) Obat yang memperbaiki defekasi

Terdapat dua macam obat yaitu suplemen serat (*fiber supplement*) dan pelicin tinja (*stool softener*). Suplemen serat komersial yang banyak dipakai antara lain psyllium atau isphaluga Husk (ex.: *Vegeta, Mulax, Metamucil, Mucofalk*) yang berasal dari kulit biji plantago ovate yang dikeringkan dan digiling menjadi bubuk. Obat ini bekerja dengan cara membesarkan volume tinja dan meningkatkan peristaltik usus. Efek samping antara lain kentut dan kembung. Obat kedua adalah laxant atau pencahar (ex.: *Laxadine, Dulcolax, dll*).

2) Obat simpatomatik

Bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan rasa gatal, nyeri, atau kerusakan kulit di daerah anus. Jenis sediaan misalnya *Anusol, Boraginol* dan *Faktu*. Sediaan yang mengandung

kortikosteroid digunakan untuk mengurangi radang daerah Hemoroid atau anus.

3) Obat penghenti perdarahan

Perdarahan menandakan adanya luka pada dinding anus atau pecahnya vena Hemoroid yang dindingnya tipis. Psyllium, citrus bioflavonoida yang berasal dari jeruk lemon dan paprika berfungsi memperbaiki permeabilitas dinding pembuluh darah.

4) Obat penyembuh dan pencegah serangan

Menggunakan Ardiun 500 mg dan placebo 3x2 tablet selama 4 hari, lalu 2x2 tablet selama 3 hari. Pengobatan ini dapat memberikan perbaikan terhadap gejala inflamasi, kongesti, edema, dan prolaps.

c. Minimal invasif

Bertujuan untuk menghentikan atau memperlambat perburukan penyakit dengan tindakan-tindakan pengobatan yang tidak terlalu invasive antara lain skleroterapi Hemoroid atau ligasi Hemoroid atau terapi laser. Dilakukan jika pengobatan farmakologis dan non-farmakologis tidak berhasil.

#### 2.1.8.2 Penatalaksanaan Tindakan Operatif

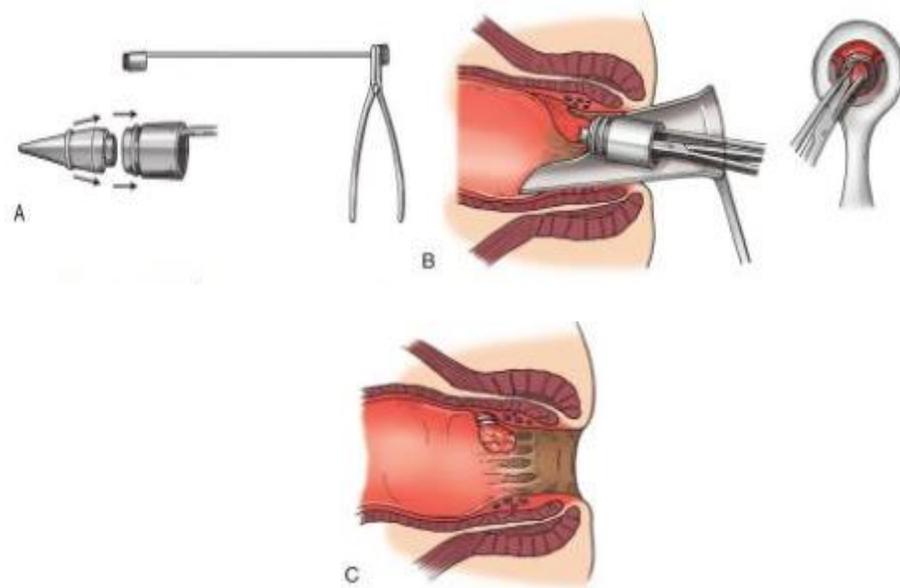
Ditujukan untuk Hemoroid interna derajat IV dan eksterna atau semua derajat Hemoroid yang tidak berespon terhadap pengobatan medis.

- a. Prosedur ligasi pita karet
- b. Hemoroidektomi kriosisurgi (pembekuan jaringan Hemoroid)

- c. Laser Nd: YAG (Neodymium-doped: Yttrium Aluminum Garnet)
- d. Hemoroidektomi

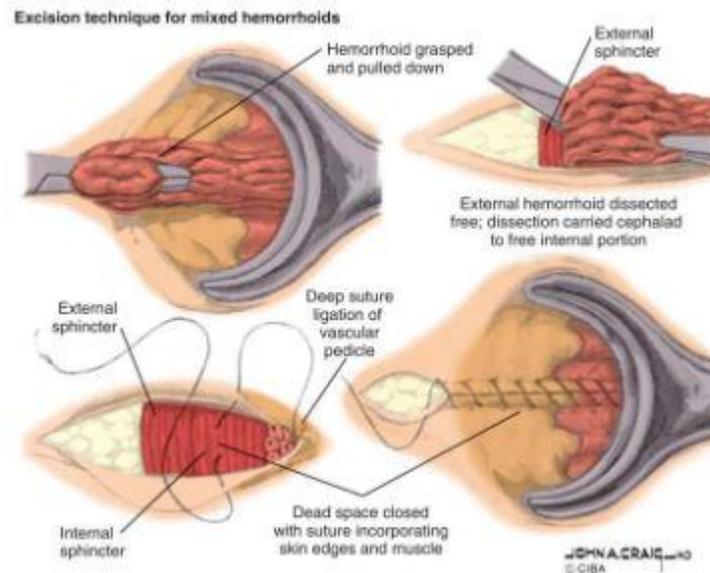
Gambar 2.5.

*Rubber Band Ligation*



Sumber: John L Cameron, 2014.

Gambar 2.6.  
Hemoroidektomi



Sumber: John L Cameron, 2014.

### 2.1.8.3 Penatalaksanaan Tindakan Non-Operatif

- a. Fotokoagulasi inframerah, diatermi bipolar, terapi laser adalah tehnik terbaru yang digunakan untuk melekatkan mukosa ke otot yang mendasarinya.
- b. Injeksi larutan sklerosan juga efektif untuk Hemoroid berukuran kecil dan berdarah. Membantu mencegah prolaps.

Nursing Assesment:

- a. Personal Hygiene yang baik terutama di daerah anal.
- b. Menghindari mengejan selama defekasi.

- c. Diet tinggi serat.
- d. Bedrest / tirah baring untuk mengurangi pembesaran Hemoroid.

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Berdasarkan pendapat dari para ahli tentang tahapan dalam proses keperawatan, tahap dimulai dengan: tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan serta tahap evaluasi (Budiono, 2016).

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Budiono, 2016).

Pengkajian pada klien post Hemoroidektomi, antara lain sebagai berikut.

#### a. Identitas Pasien

Dalam identitas pasien ini perlu ditanyakan antara lain adalah nama pasien, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, nomor rekam medis, diagnosa medis, dan alamat.

#### b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan klien di uraikan dalam:

- 1) *Provokatif* : Penyebab yang memperberat dan mengurangi
- 2) *Quality* : Dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya dan

berapa banyak.

- 3) *Region* : Lokasi dimana dan penyebarannya
- 4) *Scale* : Intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktifitas
- 5) *Timing* : Kapan keluhan tersebut muncul berapa lama dan bersifat (tiba-tiba, sering dan bertahap).

Pada pasien post Hemoroidektomi biasanya mengalami keluhan utama berupa rasa nyeri hebat pada bagian anusnya akibat tindakan pembedahan.

c. Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan sekarang
  - a) Pasien mengeluh BAB keras, tidak teratur dan bila mengedan terasa nyeri
  - b) Perdarahan pada waktu defekasi berwarna merah segar yang disertai pengeluaran lendir
  - c) Terasa gatal pada anus
  - d) Pasien mengeluh adanya varises atau Hemoroid yang keluar dari anus saat defekasi
  - e) Pasien yang varises berat tidak dapat memasukan sendiri secara spontan tetapi harus didorong kembali sedangkan varises sedang bisa masuk sendiri, untuk yang tidak dapat masuk maka akan terjadi pembengkakan dan kemerahan pada anus.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien tidak pernah menderita penyakit ini sebelumnya, atau kemungkinan pasien pernah menderita penyakit seperti ini dan kemudian kambuh.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hemoroid bukanlah suatu penyakit menular tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari meliputi perbedaan pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, *personal hygiene* dan aktivitas atau rutinitas. Pada pasien dengan Hemoroid pada umumnya memiliki kebiasaan pola nutrisi yang jarang mengonsumsi makanan tinggi serat, pola eliminasi tidak teratur, serta aktivitas terlalu berat, ataupun terlalu sering duduk.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik *P.E. (Physical Examination)* yang terdiri dari:

1) Inspeksi, yaitu: teknik yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

2) Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang anda perlu perhatikan adalah:

a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai

- b) Tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek
  - c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir
- 3) Perkusi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.
- 4) Auskultasi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Data yang dapat ditemukan dalam proses pemeriksaan fisik pada pasien post Hemoroidektomi.

1) Sistem Pernafasan

Pada pasien post Hemoroidektomi dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas berkaitan dengan adanya gangguan nyeri akut post operasi.

2) Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien post Hemoroidektomi dapat ditemukan peningkatan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung akibat adanya gangguan nyeri akut post operasi.

### 3) Sistem Pencernaan

Pada pasien post Hemoroidektomi perlu dikaji rasa gatal, terbakar, dan nyeri selama pasien melakukan defekasi. Kaji adanya nyeri abdomen, perdarahan pada rectum, adanya mucus atau pus pada luka post operasi, serta pola eliminasi pasien.

### 4) Sistem Genitourinaria

Kemungkinan pada pasien post Hemoroidektomi ditemukan perubahan eliminasi urinarius berhubungan dengan rasa takut nyeri post operasi.

### 5) Sistem Endokrin

Kaji adanya pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Pada umumnya, pada pasien post Hemoroidektomi tidak terdapat kelainan pada sistem endokrin.

### 6) Sistem Persyarafan

Kaji fungsi cerebral berupa kesadaran dan orientasi pasien terhadap waktu, tempat, dan orang, serta kaji fungsi 12 *nervus cranial*. Pada umumnya pasien post Hemoroidektomi tidak terdapat kelainan pada sistem persyarafannya.

### 7) Sistem Integumen

Kaji warna kulit, kebersihan, adanya lesi, edema, dan turgor pasien. Pada umumnya pasien post Hemoroidektomi tidak terdapat kelainan pada sistem integumennya.

#### 8) Sistem Muskuloskeletal

Kaji fungsi pergerakan dan kekuatan baik ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah pasien. Pada umumnya pasien post Hemoroidektomi memiliki kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas bawah dikarenakan nyeri akut post operasi.

#### 9) Sistem Penglihatan

Kaji keadaan mata dan fungsi penglihatan klien. Biasanya tidak terdapat gangguan sistem penglihatan pada pasien post Hemoroidektomi.

#### 10) Wicara dan THT

Kaji kemampuan pasien dalam berinteraksi untuk menentukan fungsi pendengaran pasien, serta kaji keadaan telinga dan hidung pasien. Biasanya tidak terdapat gangguan wicara dan THT pada pasien post Hemoroidektomi.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan setelah anda melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data hasil pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab. Tujuan diagnosis keperawatan adalah

memungkinkan anda sebagai perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Dalam buku “Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc” Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015) menyebutkan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien post Hemoroidektomi, antara lain:

- a. Gangguan nyeri akut berhubungan dengan iritasi, tekanan, dan sensitifitas pada area rectal/anal sekunder akibat spasme sfingter pada pascaoperatif.
- b. Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat eliminasi
- c. Resiko Infeksi berhubungan dengan adanya port d’entrée kuman akibat continuitas jaringan yang rusak.

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan / intervensi adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Budiono, 2016). Adapun tujuan rencana

keperawatan menurut Budiono (2016) dalam buku “Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Konsep Dasar Keperawatan” adalah:

a. Tujuan administrasi

Administrasi mengidentifikasi fokus keperawatan, fokus intervensi keperawatan dapat diidentifikasi melalui rencana keperawatan yang disusun. Rencana keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif merupakan suatu rangkaian rencana keperawatan yang disusun berdasarkan masalah yang terjadi. Masalah keperawatan yang bertipe aktual mempunyai proporsi aspek kuratif lebih tinggi dibandingkan yang lain. Aspek promotif lebih banyak digunakan untuk menetapkan desain perencanaan pada masalah yang bertipe sejahtera.

b. Tujuan klinik

Merupakan petunjuk dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, dimana tindakan keperawatan selalu berpedoman pada perencanaan yang telah anda buat. Tidak ada satu tindakan pun yang keluar dari perencanaan, semua rencana yang anda tetapkan merupakan pilihan yang rasional / ilmiah dan betul-betul diperlukan untuk mengatasi masalah yang terjadi.

Intervensi keperawatan pada klien post Hemoroidektomi berdasarkan buku “Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc” karangan Amin Huda Nurarif dan Hardhi Kusuma (2015), antara lain sebagai berikut.

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Nyeri akut</b></p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman emosi dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung &lt;6 bulan.</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perubahan selera makan</li> <li>Perubahan tekanan darah</li> <li>Perubahan frekuensi jantung</li> <li>Perubahan frekuensi pernapasan</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Pain Level</i></li> <li><i>Pain Control</i></li> <li><i>Comfort Level</i></li> </ol> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif</li> <li>Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>Lakukan penanganan nyeri non- farmakologi</li> <li>Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>Tingkatkan istirahat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nyeri tidak selalu ada tetapi bila ada harus dibandingkan dengan gejala nyeri pasien sebelumnya dimana dapat membantu mendiagnosa etiologi perdarahan dan terjadinya komplikasi.</li> <li>Persepsi nyeri dapat mempengaruhi mekanisme kerja sistem kardiovaskuler dan pernafasan sebagai bentuk kompensasi tubuh terhadap sumber rangsangan nyeri.</li> <li>Memberikan efek kenyamanan lingkungan klien dan dapat mengendalikan stress klien</li> <li>Sintesis prostaglandin terblokir dengan menghambat enzim yang</li> </ol>

- 
- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>e. Laporan isyarat</li> <li>f. Diaforesis</li> <li>g. Perilaku distraksi (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</li> <li>h. Mengespresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)</li> <li>i. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</li> <li>j. Sikap melindungi area nyeri</li> <li>k. Fokus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>l. Indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>m. Perubahan posisi untuk melindungi area nyeri</li> <li>n. Sikap tubuh melindungi</li> <li>o. Dilatasi pupil</li> <li>p. Malaporkan nyeri secara verbal</li> <li>q. Gangguan tidur</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>j. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>berada di daerah yang terluka.</li> </ul> |
|--|--|---|--|
- e. Mengidentifikasi perbedaan penyebab nyeri dan kemajuan atau perbaikan penyakit, terjadinya komplikasi dan efektifitas tindakan

***Analgesic Administration:***

- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
  - b. Cek riwayat alergi
  - c. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
  - d. Tentukan pilihan analgetik tergantung dari tipe dan beratnya nyeri
  - e. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
  - f. Monitor *vital sign*
  - g. Evaluasi efektifitas analgesic
- 

**Faktor yang berhubungan:**

Agen cedera (mis: biologis, zat kimia, fisik, psikologis)

---

<b>Konstipasi</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>Definisi:</b> Penurunan pada frekuensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap feses/atau pengeluaran feses yang kering, keras, dan banyak.</p> <p><b>Batasan Karakteristik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri abdomen</li> <li>b. Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot</li> <li>c. Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi otot</li> <li>d. Anoreksia</li> <li>e. Penampilan tidak khas pada lansia (mis., perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh)</li> <li>f. Borborigimi</li> <li>g. Darah merah pada feses</li> <li>h. Perubahan pada pola defekasi</li> <li>i. Penurunan frekuensi</li> <li>j. Penurunan volume feses</li> <li>k. Distensi abdomen</li> <li>l. Rasa rektal penuh</li> <li>m. Keletihan umum</li> <li>n. Feses keras dan berbentuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Bowel elimination</i></li> <li>b. <i>Hydration</i></li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1 – 3 hari</li> <li>b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi</li> <li>c. Mengidentifikasi indicator untuk mencegah konstipasi</li> <li>d. Feses lunak dan berbentuk</li> </ul>	<p><b>Constipation / Impaction Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>b. Monitor bising usus</li> <li>c. Monitor feses: frekuensi, konsistensi, dan volume</li> <li>d. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus</li> <li>e. Monitor tanda dan gejala rupture usus / peritonitis</li> <li>f. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien</li> <li>g. Identifikasi factor penyebab dan kontribusi konstipasi</li> <li>h. Dukung intake cairan</li> <li>i. Kolaborasi pemberian laksatif</li> <li>j. Pantau tanda-tanda dan gejala konstipasi</li> <li>k. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi</li> <li>l. Memantau gerakan usus, termasuk konsistensi frekuensi, bentuk, volume, dan warna</li> <li>m. Memantau bising usus</li> <li>n. Konsultasikan dengan dokter tentang penurunan / kenaikan frekuensi bising usus</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mendeteksi permasalahan pada <i>bowel</i> atau sistem pencernaan</li> <li>b. Mendeteksi keadaan fungsi pencernaan melalui gerak peristaltik usus</li> <li>c. Asupan tinggi serat serta intake cairan yang baik mampu memberi efek melunakkan konsistensi feses sehingga mudah keluar saat proses defekasi</li> <li>d. Pola eliminasi BAB yang teratur berpengaruh pada konsistensi feses yang ditampung dalam rectum sehingga menghindari terbentuknya impaksi feses.</li> <li>e. Perbaikan defekasi dengan cara farmakologi dapat memberi pengaruh peningkatan peristaltik dan peningkatan volume feses, atau memperlunak feses sehingga proses defekasi tidak terhambat.</li> <li>f. Penggunaan obat-obatan dalam perbaikan defekasi dibutuhkan pemantauan terhadap efek samping</li> </ul>

- 
- o. Sakit kepala
  - p. Bising usus hiperaktif
  - q. Bising usus hipoaktif
  - r. Peningkatan tekanan abdomen
  - s. Tidak dapat makan, mual
  - t. Rembesan feses cair
  - u. Nyeri pada saat defekasi
  - v. Massa abdomen yang dapat diraba
  - w. Adanya feses lunak seperti pasta di dalam rectum
  - x. Perkusi abdomen pekak
  - y. Sering flatus
  - z. Mengejan pada saat defekasi
  - aa. Tidak dapat mengeluarkan feses
  - bb. Muntah

**Faktor yang berhubungan:**

- a. Fungsional
  1. Kelemahan otot abdomen
  2. Kebiasaan mengabaikan dorongan defekasi
  3. Ketidakadekuatan *toileting* (mis., Batasan waktu, posisi untuk defekasi, privasi)
  4. Kurang aktivitas fisik
  5. Kebiasaan defekasi tidak teratur

- o. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan/ atau peritonitis
  - p. Jelaskan etiologi masalah dan pemikiran untuk tindakan untuk pasien
  - q. Menyusun jadwal ke toilet
  - r. Mendorong meningkatkan asupan cairan, kecuali dikontraindikasikan
  - s. Evaluasi profil obat untuk efek samping gastrointestinal
  - t. Anjurkan pasien/keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja
  - u. Anjurkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan
  - v. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat
  - w. Anjurkan pasien/keluarga untuk penggunaan yang tepat dari obat pencahar
  - x. Anjurkan pasien/keluarga oada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi
  - y. Menyarankan pasien untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau impaksi terus ada
  - z. Menginformasikan pada pasien prosedur
-

- 
- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 6. Perubahan lingkungan saat ini    | penghapusan manual dari tinja, jika perlu                                  |
| b. Psikologis                       | aa. Lepaskan impaksi tinja secara manual jika perlu                        |
| 1. Depresi, stress emosi            | bb. Timbang pasien secara teratur  |
| 2. Konfusi mental                   | cc. Ajarkan pasien/keluarga tentang proses pencernaan yang normal          |
| c. Farmakologis                     | dd. Ajarkan pasien/keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit |
| 1. Antasida mengandung aluminium    |  |
| 2. Antikolinergik, antikonvulsan    |  |
| 3. Antidepresan                     |  |
| 4. Agens antilipemic                |  |
| 5. Garam bismuth                    |  |
| 6. Kalsium karbonat                 |  |
| 7. Penyekat saluran kalsium         |  |
| 8. Diuretik, garam besi             |  |
| 9. Penyalahgunaan laksatif          |  |
| 10. Agens antiinflamasi non steroid |  |
| 11. Opiate, Fenotiazid, Sedatif     |  |
| 12. Simpatomimetik                  |  |
| d. Mekanis                          |  |
| 1. Ketidakseimbangan elektrolit     |  |
| 2. Kemoroid                         |  |
| 3. Penyakit Hirschsprung            |  |
| 4. Gangguan neurologis              |  |
| 5. Obesitas                         |  |
| 6. Obstruksi pasca bedah            |  |
| 7. Kehamilan                        |  |
| 8. Pembesaran prostat               |  |
-

- 
9. Abses rectal
  10. Fisura anak rektal
  11. Striktur anak rectal
  12. Prolaps rectal, ulkus rectal
  13. Rektokel, Tumor
- e. Fisiologis
1. Perubahan pola makan
  2. Perubahan makanan
  3. Penurunan motilitas traktus gastrointestinal
  4. Dehidrasi
  5. Ketidakadekuatan gigi geligi
  6. Ketidakadekuatan hygiene oral
  7. Asupan serat tidak cukup
  8. Kebiasaan makan buruk

---

<b>Resiko Infeksi</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<p><b>Definisi:</b> mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor-faktor:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyakit kronik               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes melitus</li> <li>2. Obesitas</li> </ol> </li> <li>b. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanaan pathogen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Immunde Status</i></li> <li>b. <i>Knowledge: Infection control</i></li> <li>c. <i>Risk Control</i></li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi</li> </ol>	<p><b>Infection Control (Kontrol Infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>b. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>c. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>e. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memutus rantai penyebaran kuman maupun mikroorganisme agen infeksi</li> <li>b. Menghindari keterlambatan pemulihan akibat infeksi</li> <li>c. Antibiotik sebagai pertahanan kekebalan tubuh pasien terhadap agen infeksi</li> <li>d. Peningkatan leukosit serta keluarnya pus pada luka</li> </ol>

---

---

<p>c. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan peristalsis</li> <li>2. Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intavena, prosedur invasif)</li> <li>3. Perubahan sekresi PH</li> <li>4. Penurunan kerja siliaris</li> <li>5. Pecah ketuban dini</li> <li>6. Pecah ketuban lama</li> <li>7. Merokok</li> <li>8. Statis cairan tubuh</li> <li>9. Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)</li> </ol> <p>d. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan Hemoglobin</li> <li>2. Imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator)</li> <li>3. Supresi respon inflamasi</li> </ol> <p>e. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>f. Pemajanan terhadap pathogen</p> <p>g. Lingkungan meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wabah</li> </ol> <p>h. Prosedur invasif</p> <p>i. Malnutrisi</p>	<p>penularan serta penatalaksanaan</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas normal</p> <p>e. Menunjukkan perilaku hidup sehat</p>	<p>f. Cuci tangan stiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>g. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>i. Ganti letak IV perifer dan line sentral dan dressing sesuai dengtan petunjuk umum</p> <p>j. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>k. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>l. Berikan terapi antibiotik bila perlu protesi infeksi</p> <p>m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</p> <p>n. Monitor hitung granulosit, WBC</p> <p>o. Monitor kerentanan terhadap infeksi</p> <p>p. Batasi pengunjung</p> <p>q. Sering pengunjung terhadap penyakit menular</p> <p>r. Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang berisiko</p> <p>s. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>t. Berikan perawatan kulit pada area upidema</p>	<p>sebagai sinyal dari tubuh yang terserang infeksi oleh mikroorganisme</p> <p>e. Asupan nutrisi yang adekuat memberikan peningkatan kekebalan sistem imun (antibodi) dalam tubuh.</p>
---	---	---	--

---

- 
- u. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
  - v. Inspeksi kondisi luka/ insisi bedah
  - w. Dorong masukan nutrisi yang cukup
  - x. Dorong masukan cairan
  - y. Dorong istirahat
  - z. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
  - aa. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
  - bb. Ajarkan cara menghindari infeksi
  - cc. Laporkan kecurigaan infeksi
  - dd. Laporkan kultur positif
-

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan / implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono, 2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan menurut Budiono (2016) antara lain:

- a. Kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal.
- b. Kemampuan menilai data baru.
- c. Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan.
- d. Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien.
- e. Kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan.
- f. Kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan.

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi antara lain: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Budiono, 2016).

Dalam buku “Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Konsep Dasar Keperawatan”, Budiono (2016; 250) menjelaskan proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut:

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologic, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan / ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Komponen format yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP atau SOAPIER. (Budiono, 2016; 251)

a. S, artinya Data Subjektif

Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O, artinya Data Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi anda secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A, artinya Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

d. P, artinya *Planning*

1) Perencanaan keperawatan yang akan anda lakukan, anda hentikan, anda modifikasi, atau anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

2) Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

3) Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya

4) Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien. Tetapi perlu ditingkatkan

kualitasnya atau mempunyai alternative pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

e. I, artinya Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuatu dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (*Planning*). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

f. E, artinya Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

g. R, artinya *Re-assesment*

*Re-assesment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

## 2.3 Konsep Nyeri

### 2.3.1 Definisi Nyeri

Menurut *International Association for the Study of Pain* (IASP) dalam buku “*Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised)*” tahun 2011, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau dijelaskan dalam hal kerusakan tersebut. Ketidakmampuan untuk berkomunikasi secara verbal tidak meniadakan kemungkinan bahwa seseorang mengalami rasa sakit dan membutuhkan perawatan penghilang

rasa sakit yang tepat. Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, sama halnya saat seseorang mencium bau harum atau busuk, mengecap manis atau asin, yang kesemuanya merupakan persepsi panca indera dan dirasakan manusia sejak lahir. Walau demikian, nyeri berbeda dengan stimulus panca indera, karena stimulus nyeri merupakan suatu hal yang berasal dari kerusakan jaringan atau yang berpotensi menyebabkan kerusakan jaringan. Meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan. Nyeri juga berkaitan dengan reflex menghindar dan perubahan output otonom (Mochamad Bahrudin, 2017).

### **2.3.2 Fisiologi Nyeri**

Dalam sebuah Jurnal Patofisiologi Nyeri (*Pain*), Mochamad Bahrudin (2017) menyebutkan bahwa mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Dalam “Buku Ajar Anestesia dan Reanimasi” karangan dr. Gde Mangku, Sp. An. KIC dan dr. Tjokorda Gde Agung Senapathi, Sp. An (2010) disebutkan bahwa nyeri timbul akibat adanya rangsangan oleh zat-zat algesik pada reseptor nyeri yang banyak dijumpai pada lapisan superfisial kulit dan pada beberapa jaringan di dalam tubuh, seperti periosteum, permukaan sendi, otot rangka dan pulpa gigi. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung bebas serat saraf aferen A *delta* dan C. Reseptor-reseptor ini diaktifkan oleh adanya

rangsang-rangsang dengan intensitas tinggi, misalnya berupa rangsang termal, mekanik, elektrik, atau rangsang kimiawi.

**Tabel 2.2**  
**Tipe Stimulus Nyeri, Sumber, dan Patofisiologis**

Tipe Stimulus Sumber		Proses Patofisiologi
Mekanik	Gangguan dalam cairan tubuh distensi ductus Lesi yang mengisi ruangan (tumor)	Distensi oedema pada jaringan tubuh Regangan ductus lumen sempit (misal saluran batu ginjal melalui ureter) Iritasi saraf penter oleh pertumbuhan lesi di dalam ruangan lesi
Kimia	Perforasi organ visceral	Iritasi kimiawi oleh sekresi pada ujung-ujung saraf yang sensitif (misal rupture ependiks, ulkus di duodenum)
Termal	Terbakar (akibat panas atau dingin yang ekstrem)	Inflamasi atau hilangnya lapisan supervisial atau epidermis, yang menyebabkan peningkatan sensitivitas ujung-ujung saraf
Listrik	Terbakar	Lapisan kulit terbakar disertai cedera jaringan subkutan dan cedera jaringan otot, menyebabkan cedera pada ujung-ujung saraf

Sumber: Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri (Sulistyo, 2017).

Zat-zat algesik yang akan mengaktifkan reseptor nyeri adalah ion K, H, asam laktat, serotonin, bradykinin, histamin, dan prostaglandin. Selanjutnya, setelah reseptor-reseptor nyeri diaktifkan oleh zat-zat algesik tersebut, impuls nyeri disalurkan ke sentral melalui beberapa saluran saraf. Rangkaian proses yang menyertai antara kerusakan jaringan (sebagai sumber stimuli nyeri) sampai dirasakannya persepsi nyeri adalah suatu proses elektro-

fisiologik, yang disebut nosisepsi (“*nociception*”). Ada 4 (empat) proses yang jelas yang terjadi mengikuti suatu proses elektro-fisiologik nonsisepsi, yakni:

a. Transduksi

Transduksi (“*transduction*”), merupakan proses stimuli nyeri (“*naxious stimuli*”) yang diterjemahkan atau diubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010).

Transduksi adalah suatu proses dimana akhiran saraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif. Ada tiga tipe serabut saraf yang terlibat dalam proses ini, yaitu serabut *A-beta*, *A-delta*, dan *C*. Serabut yang berespon secara maksimal terhadap stimulasi non noksius dikelompokkan sebagai serabut penghantar nyeri, atau nosiseptor. Serabut ini adalah *A-delta* dan *C*. *Silent nociceptor*, juga terlibat dalam proses transduksi, merupakan serabut saraf aferen yang tidak berespon terhadap stimulasi eksternal tanpa adanya mediator inflamasi (Mochamad Bahrudin, 2017).

**Tabel 2.3**  
**Perbedaan Serabut Saraf A-delta dan C**

Serabut A-delta	Serabut C
Bermielinasi	Tidak bermielinasi
Diameter 2 – 5 mikrometer	Diameter 0,4 – 12,2 mikrometer
Kecepatan hantar 12 – 30 m/detik	Kecepatan hantar 0,5 – 2 m/detik
Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tajam, menusuk, terlokalisasi dan jelas	Menyalurkan impuls nyeri yang bersifat tidak terlokalisasi dan terus menerus

Sumber: Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri (Sulistyo, 2017).

b. Transmisi

Transmisi (“*transmission*”), merupakan proses penyaluran impuls melalui saraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A *delta* dan serabut C sebagai neuron pertama dari perifer medulla spinalis (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010). Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis, kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak. Neuron aferen primer merupakan pengirim dan penerima aktif dari sinyal elektrik dan kimiawi. Aksonnya berakhir di kornu dorsalis medula spinalis dan selanjutnya berhubungan dengan banyak neuron spinal (Mochamad Bahrudin, 2017).

c. Modulasi

Modulasi (“*modulation*”), adalah proses interaksi antara sistem analgesik endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Sistem analgesik endogen meliputi, enkafalin, endorphen, serotonin, dan noradrenalin yang mempunyai efek menekan

impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Dengan demikian kornu posterior diibaratkan sebagai pintu gerbang nyeri yang bisa tertutup atau terbuka untuk menyalurkan impuls nyeri. Proses tertutupnya atau terbukanya pintu nyeri tersebut diperankan oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010).

d. Persepsi Nyeri

Persepsi (*“perception”*), adalah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subyektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010). Dalam Jurnal Patofisiologi Nyeri, Mochamad Bahrudin, (2017) menyebutkan bahwa persepsi nyeri yaitu kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses transduksi, transmisi, modulasi, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *Nociseptor*. Secara anatomis, reseptor nyeri (*nociseptor*) ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari syaraf aferen.

### 2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Wolf (1989) dalam buku karangan Sulisty Andarmoyo (2017) secara kualitatif membagi nyeri menjadi dua jenis, yakni nyeri fisiologis dan nyeri patologis. Perbedaan utama antara kedua jenis nyeri ini adalah nyeri fisiologis sensor normal berfungsi sebagai alat proteksi tubuh. Sementara nyeri patologi merupakan sensor abnormal yang dirasakan oleh seseorang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor di antaranya adanya trauma dan infeksi bakteri ataupun virus. Dalam buku “Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri”, Sulisty Andarmoyo (2017) membagi klasifikasi nyeri menjadi 3, antara lain:

#### 2.3.3.1 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

##### a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Sulisty Andarmoyo, 2017).

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Sulistyo Andarmoyo, 2017).

**Tabel 2.4**  
**Perbandingan Karakteristik Nyeri Akut dan Nyeri Kronis**

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Tujuan / keuntungan	Memperingatkan cedera atau masalah	adanya Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus-menerus atau intermiten
Intensitas	Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Durasi	Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan)	Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Respons otonom	-Konsisten dengan respons stress simpatis -Frekuensi jantung meningkat -Volume sekuncup meningkat -Tekanan darah meningkat -Dilatasi pupil meningkat -Motilitas gastrointestinal menurun -Aliran saliva menurun (mulut kering)	Tidak terdapat respons
Komponen psikologis	Ansietas	-Depresi -Mudah marah -Menarik diri dan minat dunia luar -Menarik diri dari persahabatan

Respons jenis lainnya		-Tidur terganggu -Libido menurun -Nafsu makan menurun
Contoh	Nyeri bedah, trauma	Nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal

Sumber: Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri (Sulistyo, 2017)

### 2.3.3.2 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

Nyeri diklasifikasikan berdasarkan asalnya dibedakan menjadi nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik.

#### a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitisasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *noxious*. Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan nyeri kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosiseptif yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi.

#### b. Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh system saraf perifer.

Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, *tingling*, *shooting*, *shock like*, *hypergesia*, atau *allodynia*.

Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis.

#### 2.3.3.3 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya menurut Potter dan Perry (2006) dalam buku “Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri” karangan Sulisty (2017) dibedakan sebagai berikut.

a. Superficial atau Kutaneus

Nyeri superficial adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. Visceral Dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasinya bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada nyeri superficial. Pada nyeri ini juga menimbulkan rasa tidak menyenangkan, dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Nyeri dapat terasa tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat. Contoh sensasi pukul (*crushing*) seperti *angina pectoris* dan sensasi terbakar pada ulkus lambung.

c. Nyeri Alih (*Referred Pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensori dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contoh nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri; batu empedu, yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri dapat menjadi intermiten atau konstan. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

Dalam “Buku Ajar Anestesia dan Reanimasi”, dr. Gde Mangku, Sp.An. KIC dan dr. Tjokorda Gde Agung Senapathi, Sp. An (2010) menambahkan penggolongan nyeri berdasarkan derajat nyerinya, yaitu:

a. Nyeri Ringan

Nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.

b. Nyeri Sedang

Nyeri yang terus-menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur.

c. Nyeri Berat

Nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur.

#### **2.3.4 Penilaian Nyeri**

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif: nyeri ringan, sedang, dan berat. Pada saat ini banyak yang menentukan derajat nyeri secara semi-kuantitatif dengan menggunakan penggaris yang diberi angka pada skala 0 yang berarti tidak nyeri sampai 10 untuk nyeri yang maksimal. Cara ini populer disebut: “*Numerical Rating Score*” (NRS). Disini secara subyektif penderita diberi penjelasan terlebih dahulu bahwa bila tidak ada nyeri diberi angka 0, sedang nyeri terhebat yang tak tertahankan lagi diberi angka 10. Kemudian penderita diminta menentukan derajat nyerinya dalam

cakupan antara 0 sampai 10. Untuk mempermudah biasanya disodorkan gambar skala dari 0 – 10 pada penderita untuk diminta menentukan tempat derajat nyeri yang dideritanya. Cara lain yang sudah populer terlebih dahulu adalah mempergunakan “*Visual Analogue Scale*”. Walaupun menilai nyeri merupakan hal yang sangat subjektif, penderitaan nyeri pasien perlu dievaluasi secara berkala (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010).

### **2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri**

#### **2.3.5.1 Penatalaksanaan Nyeri Nonfarmakologis**

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan independent dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam. Sulistyio Andarmoyo (2017) dalam buku “Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri” membahas beberapa mengenai tindakan-tindakan peredaan nyeri tersebut.

##### **a. Bimbingan Antisipasi**

Bimbingan antisipasi adalah memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat bertujuan untuk memberikan informasi kepada klien, dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri. Informasi yang diberikan kepada klien meliputi aspek-aspek sebagai berikut:

- 1) Kejadian, awitan, dan durasi nyeri yang akan dialami
  - 2) Kualitas, keparahan, dan lokasi nyeri
  - 3) Informasi tentang cara keamanan klien telah dipastikan
  - 4) Penyebab nyeri
  - 5) Metode mengatasi nyeri yang digunakan oleh perawat dan klien
  - 6) Harapan klien selama menjalani prosedur
- b. Terapi Es dan Panas/Kompres Panas dan Dingin

Pemakaian kompres panas biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit/nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan.

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Agar efektif, es dapat diletakkan pada tempat cedera segera setelah cedera terjadi. Sementara terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

c. Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) adalah suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetarkan, atau mendengung pada area nyeri. TENS adalah prosedur non-invasif dan merupakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

d. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

e. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memejamkan matanya dan bernapas dengan perlahan dan nyaman.

**Tabel 2.5**  
**Efek Relaksasi**

1. Penurunan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
2. Penurunan konsumsi oksigen
3. Penurunan ketegangan otot
4. Penurunan kecepatan metabolisme
5. Peningkatan kesadaran global
6. Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
7. Tidak ada perubahan posisi yang volunteer
8. Perasaan damai dan sejahtera
9. Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam

Sumber: Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri (Sulistyo, 2017).

f. Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Upayakan kondisi lingkungan klien mendukung untuk tindakan ini. Kegaduhan, kebisingan, bau menyengat, atau cahaya yang sangat terang perlu dipertimbangkan agar tidak mengganggu klien untuk berkonsentrasi. Beberapa klien lebih rileks dengan cara menutup matanya.

g. Hipnosis

Hipnosis/hipnosa adalah sebuah Teknik yang menghasilkan suatu keadaan yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya. Hipnosis dapat membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Suatu pendekatan kesehatan holistic, hipnosis diri menggunakan sugesti

firi dan kesan tentang perasaan yang rileks dan damai. Individu memasuki keadaan rileks dengan menggunakan berbagai ide pikiran dan kemudian kondisi-kondisi yang menghasilkan respons tertentu bagi mereka.

h. Akupunktur

Akupunktur adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik. Teknik akupunktur ini adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum-jarum kecil Panjang (ukuran bervariasi dari 1,7 cm hingga 10 cm) untuk menusuk bagian-bagian tertentu di badan (area yang paling digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah), guna menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa sakit atau nyeri. Setelah dimasukkan ke dalam tubuh, jarum-jarum itu diputar-putar atau dipakai untuk menghantar arus listrik yang kecil. Titik-titik akupunktur dapat distimulasi dengan memasukkan dan mencabut jarum menggunakan panas, tekanan/pijatan, laser, atau stimulasi elektrik atau kombinasi dari berbagai macam cara tersebut.

i. Umpan Balik Biologis

Prinsip kerja dari metode ini adalah mengukur respons fisiologis, seperti gelombang pada otak, kontraksi otot atau temperatur kulit kemudian “mengembalikan” memberikan informasi tersebut kepada klien.

Kebanyakan alat umpan balik biologis/*biofeedback* terdiri dari beberapa elektroda yang ditempatkan pada kulit dan sebuah amplifier yang mentransformasikan data berupa tanda visual seperti lampu yang berwarna. Klien kemudian mengenali tanda tersebut sebagai respons stress dan menggantikannya dengan respons relaksasi.

j. *Masase*

*Masase* adalah melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligamentum, tanpa menyebabkan Gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan/atau memperbaiki sirkulasi.

#### 2.3.5.2 Penatalaksanaan Nyeri Farmakologis

a. Analgesik non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomy, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolac (Toradol), merupakan agens pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin. Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. Tidak seperti opiate, NSAID tidak menyebabkan sedasi atau depresi pernafasan juga tidak mengganggu fungsi berkemih atau defekasi (Sulistyo, 2017). Ketorolac, telah diakui

oleh ahli bedah maupun anesthesiologi dapat dipergunakan untuk analgesic pasca bedah. Keaktifan ketorolac 30 mg intramuscular ekuivalen dengan 10 mg morfin atau 100 mg petidin. Efek analgesia dimulai 10 menit setelah penyuntikan dan berlangsung sampai 4 – 6 jam (dr. Gde Mangku dan dr. Tjokorda Gde Agung, 2010).

b. Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiate umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada system saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi (Sulistyo, 2017).

c. Obat tambahan (*Adjuvan*)

*Adjuvan* seperti sedative, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan control nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual dan muntah. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesic. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan dan kewaspadaan mental (Sulistyo, 2017).

## **2.4 Teknik Pengelolaan Nyeri Kompres Dingin dan Relaksasi**

### **2.4.1 Teknik Pengelolaan Nyeri Kompres Dingin**

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

Teori *gate control* dari Melzack & Wall (2005) dalam Rohmani (2018) menyatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan dari tempat cedera melalui spinal cord ke korteks cerebri dimana persepsi nyeri akut berasal. Gerbang neuron bisa menutup dan membuka dengan berbagai tingkatan sehingga

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

Metode yang dilakukan adalah dengan melakukan kompres dingin terhadap pasien post Hemoroidektomi yang masih terpasang tampon. Kompres dingin ditempatkan pada leher bagian belakang (tengkuk). Tindakan dilakukan 2x sehari diberikan pada post operasi 6 – 24 jam dengan jeda waktu 2 jam. Pemberian tindakan dilakukan selama selama 15 - 20 menit.

#### **2.4.2 Teknik Pengelolaan Nyeri Relaksasi**

Hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan terapi standar dalam penurunan nyeri pada pasien post Hemoroidektomi yang terpasang tampon. Terapi standar relaksasi nafas dalam merupakan terapi non farmakologik. Terapi ini dapat mempengaruhi respon internal terhadap individu. Menurut asumsi peneliti bahwa terapi relaksasi nafas dalam ini mampu menurunkan skala nyeri seseorang karena membuat pasien merasakan tenang dan senang. Sehingga otot – otot yang tegangpun menjadi lebih rileks (Rohmani, 2018).

Relaksasi nafas dalam mampu mengeluarkan opioid endogen yaitu endorpin dan enkepalin. Zat – zat kimia tersebut mempunyai karakteristik seperti morfin dengan efek analgetik yang membentuk suatu sistem penghambat nyeri. Relaksasi nafas dalam merupakan suatu keadaan yang dapat menstimulus tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga sistem penghambat nyeri yang akan menyebabkan nyeri berkurang atau menurun (Rohmani, 2018).