

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga, mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama (Budiono & Pertami, 2016). Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi lima, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara *homeostasis* tubuh. Manusia memiliki minimal delapan macam kebutuhan fisiologis, meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual, dan lain-lain.

b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, ternal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mnegontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya.

c. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki.

Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan terus menekan seseorang sedemikian rupa sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut.

d. Kebutuhan harga diri

Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan. Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna. Apabila kebutuhan harga diri dan penghargaan dari orang lain tidak terpenuhi, orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri. Beberapa contoh kebutuhan cinta dan dicintai, jika kebutuhan akan cinta atau keamanan tidak terpenuhi secara memuaskan, kebutuhan akan harga diri juga terancam. Perlu diingat bahwa seseorang yang memiliki harga diri yang baik, akan memiliki kepercayaan diri yang baik pula. Dengan demikian ia akan lebih produktif. Harga diri yang sehat dan stabil tumbuh dari penghargaan yang wajar/sehat dari orang lain, bukan karena keturunan, ketenaran, atau sanjungan yang hampa.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri. Abraham Maslow berdasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya

memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Sehingga manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya.

2. Konsep Kebutuhan Dasar Nyeri

a. Definisi kebutuhan dasar nyeri

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan. Seorang ahli teori nyeri yang terkenal Maro McCaffery menyatakan dalam makalah klasiknya bahwa “nyeri adalah apapun yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya sebagai nyeri, ada kapanpun individu tersebut mengatakan ada” (Kowalski & Rosdahl, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seseorang individu (Haswita & Sulistyowati, 2017).

b. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu *transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi* (Haswita & Sulistyowati, 2017).

- 1) *Transduksi* adalah proses dimana *stimulus noxius* diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (*reseptor*) terkait.
- 2) *Transmisi*, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf *sensorik perifer* yang meneruskan implus ke *medulla spinalis*, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*) dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Terakhir timbal balik antara *thalamus* dan *cortex*.
- 3) *Modulasi* yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol *transmisi* nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat *transmisi* nyeri di *medulla*

spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti *morfin*.

- 4) Proses *impuls* nyeri yang *ditransmisikan* hingga menimbulkan perasaan subjektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subjektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

c. Klasifikasi Nyeri

1) Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri *perifer*, nyeri sentral dan nyeri psikogenik (Haswita & Sulistyowati, 2017).

- a) Nyeri *perifer*, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu: Nyeri *superfisial*, rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa. Nyeri *visceral*, rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga *abdomen*, *kranium* dan *toraks*. Nyeri alih, rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b) Nyeri *sentral*, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada *medula spinalis*, batang otak dan *talamus*.
- c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

2) Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Tabel 2.1
Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi

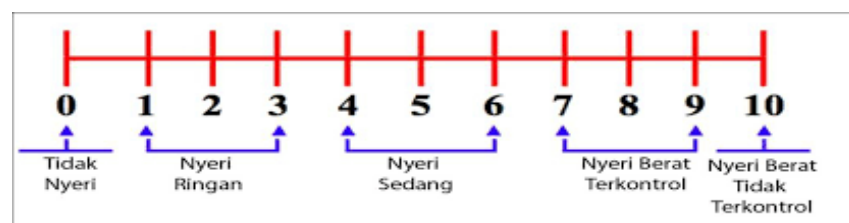
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderita meningkat setelah beberapa saat

Sumber: (Haswita & Sulistyowati, 2017)

d. Pengukuran Intensitas Nyeri

1) Pengukuran skala *numeric*

Pasien diminta untuk menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan untuk menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak, Lilis, & Susanto, 2015).



Sumber: (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Gambar 2.1
Skala Nyeri Numeric

2) Skala nyeri menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan. Skala nyeri menurut Mc Gill dapat dituliskan sebagai berikut (Haswita & Sulistyowati, 2017):

0 = Tidak nyeri

1 = Nyeri ringan

2 = Nyeri sedang

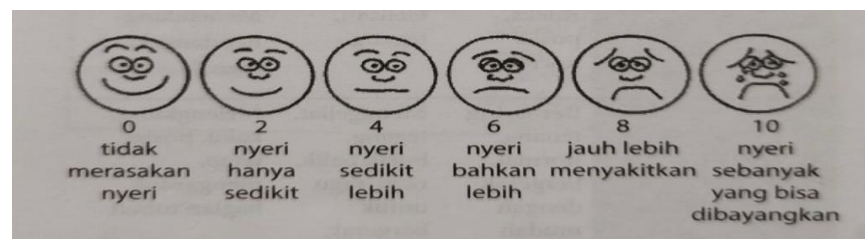
3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah atau wong-baker *faces rating scale*

Pasien diminta melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjukkan gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk *pediatri*, tetapi juga dapat digunakan pada *geriatri* dengan gangguan kognitif (Mubarak, Lilis, & Susanto, 2015).



Sumber: (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Gambar 2.2
Skala Wajah

e. Masalah pada kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri)

Menurut (PPNI T. P., 2017) berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia masalah yang muncul pada kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri) yaitu:

- 1) Gangguan rasa nyaman
- 2) Nyeri akut
- 3) Nyeri kronis

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono & Pertami, 2016). Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan mengumpulkan data atau mendapatkan data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat & Ulya, 2015).

a. Tahap pengkajian

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal masuk, no. register, diagnosa medis (Fauziah, Judha, & Sudarti, 2012).

2) Keluhan utama

Keluhan utama meliputi keluhan atau gejala utama saat masuk rumah sakit (Budiono & Pertami, 2016).

3) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang meliputi keluhan yang dirasakan saat ini, alasan masuk rumah sakit, perjalanan penyakit saat ini, upaya yang dilakukan saat mengatasinya (Muttaqin, 2008).

Bila klien mengeluh nyeri perlu ditinjau penilaian rasa nyeri dengan pengkajian PQRST, meliputi:

P (*paliative*/penyebab): apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri, apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik,

apakah yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul, apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q (*quality/kualitas*): rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien (apakah rasa nyerinya tajam, sakit seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk).

R (*region/penyebaran*): lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien (apakah rasa sakit bisa reda, menjalar, atau menyebar)

S (*severity/skala*): sebesar apa rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri/gradasi dan klien menerangkan sejauh mana rasa sakit memengaruhi kemampuannya.

T (*time/waktu*): berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

4) Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat kesehatan masa lalu meliputi penyakit yang pernah dialami, apakah pernah dirawat, apakah mempunyai alergi, kebiasaan (merokok, minum kopi, alkohol, dan lain-lain) (Budiono & Pertami, 2016).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana riwayat kesehatan yang dimiliki pada satu anggota keluarga, apakah menderita penyakit seperti yang dialami pasien atau mempunyai penyakit *degeneratif* (Budiono & Pertami, 2016).

6) Pola nutrisi dan metabolik

Data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan sebelum sakit dan setelah sakit, jumlah makanan dan minum serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit (Budiono & Pertami, 2016).

7) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar sebelum sakit dan saat sakit, pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit. Biasanya pada pasien *post operasi hemoroid* pola

eliminasi berubah seperti terasa nyeri saat buang air besar dan jarang buang air besar (Budiono & Pertami, 2016).

8) Pola aktivitas dan latihan

Data yang perlu dikaji meliputi kemampuan perawatan diri, makan dan minum, mandi, *toileting*, berpakaian, berpindah dapat dilakukan secara mandiri atau dibantu oleh orang lain. Biasanya pada pasien *post operasi hemoroid* mengalami kesulitan untuk duduk dikarenakan terdapat luka *post operasi* pada anusnya (Budiono & Pertami, 2016).

9) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan (Budiono & Pertami, 2016).

10) Pengkajian fisik

- a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: *composmentis*, *apatis*, *somnolen*, *sopor*, *coma* dan GCS (*glasglow coma scale*)
- b) Tanda – tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, *respiratori rate*
- c) Pemeriksaan kepala dan leher
- d) Pemeriksaan *thorax*:
 - (1) *Inspeksi* yaitu tahapan yang bertujuan melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seseorang mengalami kondisi normal atau tidak normal.
 - (2) *Palpasi* yaitu pemeriksaan fisik lanjutan dengan menyentuh tubuh dan dilakukan bersama dengan *inspeksi*, *palpasi* dilakukan dengan menggunakan telapak tangan, jari dan ujung jari. Tujuannya untuk mengecek kelembutan, kekakuan, suhu, posisi, ukuran, kecepatan.
 - (3) *Perkusi* yaitu dilakukan dengan cara mengetuk dengan menggunakan jari tahapan ini bertujuan mengetahui bentuk, lokasi, dan struktur dibawah kulit.

- (4) *Auskultasi* yaitu proses mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh untuk membedakan suara normal dan tidak normal menggunakan alat bantu stetoskop.
- e) Pemeriksaan *abdomen*:
- (1) *Inspeksi* yaitu tahapan yang bertujuan melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seseorang mengalami kondisi normal atau tidak normal.
 - (2) *Palpasi* yaitu pemeriksaan fisik lanjutan dengan menyentuh tubuh dan dilakukan bersama dengan *inspeksi*, *palpasi* dilakukan dengan menggunakan telapak tangan, jari dan ujung jari. Tujuannya untuk mengecek kelembutan, kekakuan, suhu, posisi, ukuran, kecepatan.
 - (3) *Perkusi* yaitu dilakukan dengan cara mengetuk dengan menggunakan jari tahapan ini bertujuan mengetahui bentuk, lokasi, dan struktur dibawah kulit.
 - (4) *Auskultasi* yaitu proses mendengarkan suara yang dihasilkan tubuh untuk membedakan suara normal dan abnormal menggunakan alat bantu *stetoskop*.
- f. *Genitalia* meliputi pemeriksaan pada anus dan alat kelamin apakah ada kelainan. Biasanya pada pasien *post operasi hemoroid* terdapat luka *post operasi* pada anus klien dan terpasang tampon.
- g. Pemeriksaan *ekstermitas* meliputi pemeriksaan *ekstermitas* atas dan bawah.
- h. Pemeriksaan penunjang meliputi data laboratorium yaitu pemeriksaan darah lengkap.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis keperawatan pada masalah rasa aman nyaman (nyeri), dalam buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI T. P., 2017) yaitu:

- a. Gangguan rasa nyaman
- b. Nyeri akut
- c. Nyeri kronis

Tabel 2.2

Diagnosis Keperawatan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)

No.	Diagnosis	Penyebab/faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	<p>Gangguan rasa nyaman</p> <p>Definisi : perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social</p>	<p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit 2. Kurang pengendalian situasional/lingkungan 3. Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan) 4. Kurangnya privasi 5. Gangguan stimulus lingkungan 6. Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) 7. Gangguan adaptasi kehamilan 	<p>Subjektif: Mengeluh tidak nyaman</p> <p>Objektif: Gelisah</p>	<p>Subjektif: Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.</p> <p>Objektif: Menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Keanasan 3. Distress psikologi 4. kehamilan
2.	<p>Nyeri akut:</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau</p>	<p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, 	<p>Subjektif: Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri),</p>	<p>Subjektif:-</p> <p>Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. glaukoma

	<p>fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p>	<p>terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p>gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p>		
3.	<p>Nyeri kronis:</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan</p>	<p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab 2. Kondisi muskuloskeletal kronis 3. Kerusakan sistem saraf 4. Penekanan saraf 5. Infiltrasi tumor 6. Ketidakseimbangan <i>neurotransmitter, neuromodulator</i>, dan reseptor 7. Gangguan imunitas (mis. <i>neuropati terkait HIV</i>, virus <i>varicella-zoster</i>) 8. Gangguan fungsi metabolik 9. Riwayat posisi kerja statis 10. Peningkatan indeks masa tubuh 11. Kondisi pasca trauma 12. Tekanan emosional 13. Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual) 14. Riwayat penyalahgunaan obat/zat 	<p>Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi</p> <p>Objektif: Tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas</p>	<p>Subjektif: Merasa takut mengalami cedera</p> <p>Objektif: Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis (mis. <i>Arthritis rheumatoid</i>) 2. Infeksi 3. Cedera <i>medulla spinalis</i> 4. Kondisi <i>pasca trauma tumor</i>

Sumber: (PPNI T. P., 2017)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut standar intervensi keperawatan Indonesia (PPNI T. P., 2018), Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penulisan klinis, untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Table 2.3
Intervensi Keperawatan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
Gangguan rasa nyaman	<p>1. Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. <i>TENS</i>, <i>hipnosis</i>, <i>akupresure</i>, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> Dukungan hipnosis diri Dukungan pengungkapan kebutuhan Edukasi aktivitas/istirahat Edukasi efek samping obat Edukasi keluarga: Manajemen nyeri Edukasi kemoterapi Edukasi kesehatan Edukasi latihan fisik Edukasi manajemen stres Edukasi manajemen nyeri Edukasi penyakit Edukasi perawatan kehamilan Edukasi perawatan perineum Edukasi perawatan stoma Edukasi Teknik napas Kompres dingin Kompres panas Konseling Latihan berkemih Latihan eliminasi fekal Latihan pernafasan Latihan rehabilitasi Latihan rentang gerak Manajemen efek samping obat Manajemen <i>hipertermia</i> Manajemen <i>hipotermia</i> Manajemen kenyamanan lingkungan Manajemen kesehatan

	<p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>2. Pengaturan Posisi</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>b. Monitor alat traksi agar selalu tepat</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Tempatkan pada matras atau tempat tidur terapeutik yang tepat</p> <p>b. Tempatkan pada posisi terapeutik</p> <p>c. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</p> <p>d. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>e. Sediakan matras yang kokoh atau padat</p> <p>f. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi</p> <p>g. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. <i>semi fowler</i>)</p> <p>h. Atur posisi yang menghilangkan <i>drainage</i></p> <p>i. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat</p> <p>j. <i>Imobilisasi</i> dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat</p> <p>k. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p>l. Tinggikan anggota gerak 20°C atau lebih di atas level jantung</p> <p>m. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>n. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>o. Berikan topangan pada area edema (mis. bantah dibawah lengan dan <i>skrotum</i>)</p> <p>p. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/<i>good lung down</i>)</p> <p>q. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif</p> <p>r. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan</p> <p>s. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>t. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi</p> <p>u. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>v. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>w. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>x. Ubah posisi dengan teknik log roll</p> <p>y. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>z. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</p>	<p>kerja</p> <p>29. Manajemen keselatan lingkungan</p> <p>30. Manajemen mual</p> <p>31. Manajemen muntah</p> <p>32. Manajemen nyeri akut</p> <p>33. Manajemen nyeri kronis</p> <p>34. Manajemen nyeri persalinan</p> <p>35. Manajemen stres</p> <p>36. Manajemen terapi radiasi</p> <p>37. Manajemen trauma perkosaan</p> <p>38. Pemantauan nyeri</p> <p>39. Pemberian obat</p> <p>40. Pencegahan hipertermi keganasan</p> <p>41. Penjahitan luka</p> <p>42. Perawatan amputasi</p> <p>43. Perawatan area insisi</p> <p>44. Perawatan inkontinensia fekal</p> <p>45. Perawatan inkontinensia urine</p> <p>46. Perawatan kehamilan</p> <p>47. Perawatan kenyamanan</p> <p>48. Perawatan pasca persalinan</p> <p>49. Perawatan perineum</p> <p>50. Perawatan rambut</p> <p>51. Perawatan seksio sesaria</p> <p>52. Teknik Latihan penguatan otot dan sendi</p> <p>53. Terapi pemijatan</p> <p>54. Terapi relaksasi</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu <p>3. Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih Anjurkan mengambil posisi nyaman Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
Nyeri Akut	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi respon nyeri nonverbal Identifikasi faktor yang memperberat 	<ol style="list-style-type: none"> Aromaterapi Dukungan <i>hipnosis</i> diri Dukungan pengungkapan kebutuhan Edukasi efek

	<p>dan memperingan nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. i. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur. d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. b. Jelaskan strategi meredakan nyeri. c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. <p>2. Pemberian analgesik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) b. Identifikasi riwayat alergi obat c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik e. Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu b. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum c. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien d. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan 	<p>samping obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit. 7. Edukasi teknik napas 8. kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan. 14. Manajemen medikasi. 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi. 17. Pementauan nyeri. 18. Pemberian obat. 19. Pemberian obat intravena. 20. Pemberian obat oral. 21. Pemberian obat topikal. 22. Pengaturan posisi. 23. Perawatan amputasi. 24. Perawatan kenyamanan. 25. Teknik distraksi. 26. Teknik imajinasi terbimbing 27. Terapi akupresur
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>	
Nyeri Kronis	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri <i>nonverbal</i></p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri.</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan terapi <i>nonfarmakologis</i> untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> <p>2. Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak)</p> <p>b. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>c. Identifikasi masalah emosional dan spiritual</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Manajemen terapi radiasi 3. Dukungan <i>hipnosis</i> diri 4. Dukungan pengungkapan kebutuhan 5. Dukungan koping keluarga 6. Dukungan meditasi 7. Edukasi aktivitas/istirahat 8. Edukasi efek samping obat 9. Edukasi kemoterapi 10. Edukasi kesehatan 11. Edukasi manajemen stress 12. Edukasi manajemen nyeri 13. Edukasi perawatan stoma 14. Edukasi proses penyakit 15. Edukasi teknik napas 16. Kompres dingin 17. Kompres panas 18. Konsultasi 19. Latihan pernapasan 20. Latihan rehabilitasi 21. Manajemen efek samping obat 22. Manajemen kenyamanan lingkungan 23. Manajemen stress 24. Pemantauan nyeri 25. Pemberian analgesic 26. Pemberian obat 27. Pemberian obat intravena 28. Pemberian obat oral 29. Pemberian obat topical 30. Pengaturan posisi 31. Perawatan amputasi 32. Promosi koping 33. Teknik distraksi 34. Teknik imjinasi terbimbing 35. Terapi akupresur

	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan posisi yang nyaman Berikan kompres dingin atau hangat Ciptakan lingkungan yang nyaman Berikan pemijatan Berikan terapi akupresur Berikan terapi hypnosis Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan Ajarkan terapi relaksasi Ajarkan latihan pernapasan Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritas, antihistamin, jika perlu <p>3. Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih Anjurkan mengambil posisi nyaman Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> 36. Terapi akupuntur 37. Terapi bantuan hewan 38. Terapi humor 39. Terapi murattal 40. Terapi music 41. Terapi pemijatan 42. Terapi sentuhan 43. Transcutaneous elektrikal nerve stimulation (TENS) 44. Yoga
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Sumber : (PPNI T. P., 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono & Pertami, 2016).

Tujuan evaluasi keperawatan adalah:

- 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- 2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- 3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan

Tabel 2.4

Standar Luaran Keperawatan Rasa Aman Nyaman (Nyeri)

No	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil
1.	Gangguan rasa nyaman (Status kenyamanan) Definisi: Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, social, budaya dan lingkungan.	1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Merintih menurun 4. Pola tidur membaik
2.	Nyeri akut (Tingkat nyeri) Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik

3.	Nyeri kronis (Tingkat nyeri) Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (PPNI T. P., 2019)

6. Asuhan Keperawatan Terkait

Menurut asuhan keperawatan terdahulu yang dilakukan oleh (Yuliza, 2019), didapatkan hasil sebagai berikut:

a. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis menggunakan beberapa cara dalam mengumpulkan data klien mulai dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan *diagnostik*. Untuk wawancara dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan terhadap Tn. M dengan *post operasi hemoroid* didapatkan data sebagai berikut:

1) Nyeri pada anus

Saat dilakukan pengkajian pada Tn. M diperoleh data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dibagian anus, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri hilang timbul, yang memberat nyeri pada saat klien duduk, yang memperingan nyeri pada saat klien berbaring. Data objektif skala nyeri 7, klien tampak meringis, klien tampak gelisah.

2) Susah /tidak bisa buang air besar

Saat dilakukan pengkajian pada Tn. M diperoleh data subjektif klien mengatakan belum/susah BAB, klien mengatakan takut untuk BAB, klien mengatakan *fesesnya* keras, klien kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung serat, Data objektif bising usus tidak normal 3 kali/menit, klien tampak lemah.

3) Risiko luka infeksi

Saat dilakukan pengkajian pada Tn. M diperoleh data objektif tampak kemerahan pada luka operasi klien (di anus).

4) Gangguan tidur

Saat dilakukan pengkajian pada Tn. M diperoleh data subjektif klien mengeluh sulit tidur, klien mengatakan sering terbangun saat nyeri. Data objektif klien tampak mengantuk, klien tidur 4-5 jam/hari.

5) Kelemahan

Saat dilakukan pengkajian pada Tn. M diperoleh data subjektif klien mengatakan lemah, klien mengatakan aktifitas dibantu keluarga. Data objektif aktifitas klien tampak di bantu oleh keluarganya.

b. Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. M maka diagnosis yang dapat ditegakkan yaitu:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Diagnosis diatas ditegakkan karena pada klien mengatakan nyeri pada luka operasi di anus, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri timbul terus setiap saat, klien mengatakan nyeri dirasakan menyebar tak menentu di sepanjang tubuh, skala nyeri yaitu 7 (0-10) berat, klien tampak meringis.

Batasan karakteristik berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia antara lain data mayor mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan data minor tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Sedangkan faktor yang berhubungan adalah agen pencedera fisiologi (mis. *inflamasi, iskemia, neoplasma*), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) agen pencedera fisik

(mis. *abses*, prosedur operasi, trauma).

2) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat

Diagnosis diatas ditegakkan karena pada klien mengatakan susah/sulit BAB, *feses* keras, klien kurang konsumsi serat, takut untuk BAB. Batasan karakteristik berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia antara lain data mayor, *defekasi* kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran *feses* lama dan sulit, *feses* keras, *peristaltic* usus menurun dan data minor mengejan saat *defekasi*, *distensi abdomen*, kelemahan umum, teraba massa pada rektal. Sedangkan faktor yang berhubungan adalah Fisiologis yaitu penurunan *motilitas gastrointestinal*, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, *aganglonik* (mis, penyakit *Hirschsprung*), kelemahan otot *abdomen*). Psikologis (*konfusi*, *depresi*, gangguan emosional), Situasional perubahan kebiasaan makan (mis, jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan *toileting*, aktivitas fisik harian kurang dari yang di anjurkan, penyalahgunaan *laksatif*, efek agen *farmakologis*, ketidakteraturan kebiasaan *defekasi*, kebiasaan menahan dorongan *defekasi*, perubahan lingkungan.

3) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur *invasif*

Risiko infeksi ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada luka operasi, tampak luka *post operasi* di anus. Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme *patogenik*. Faktor risiko berdasarkan buku standar diagnosis keperawatan Indonesia antara lain penyakit kronis (mis. *diabetes mellitus*), efek prosedur *invasif*, *malnutrisi*, peningkatan paparan organisme *pathogen* lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder.

c. Rencana Tindakan Keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah antara lain:

manajemen nyeri dengan tindakan, lakukan pengkajian meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, skala nyeri, gali bersama klien faktor-faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri, ajarkan teknik *non-farmakologis* (relaksasi nafas dalam), observasi reaksi non verbal, kolaborasi pemberian *analgesik* dilakukan untuk mengurangi nyeri seperti kolaborasi pemberian *ketorolac* 30 mg/8jam.

Pemberian *analgesik* dengan tindakan, identifikasi karakteristik, kualitas, lokasi, frekuensi nyeri, cek riwayat adanya alergi obat, jelaskan efek terapi obat, jelaskan efek terapi dan efek samping obat. Pada perencanaan tindakan keperawatan nyeri akut, tindakan seperti mengkaji nyeri secara *komprehensif* dan memberikan terapi obat *keterolak* 30mg/8jam dapat dilakukan secara keseluruhan selama pasien dalam masa perawatan di rumah sakit.

2) *Konstipasi* berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat

Berdasarkan buku standar intervensi keperawatan Indonesia yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah antara lain, manajemen *eliminasi fekal* dengan tindakan, identifikasi masalah usus, monitor buang air besar (mis, warna, frekuensi, *konsistensi*), berikan air hangat setelah makan, sediakan makanan tinggi serat, anjurkan mencatat warna, frekuensi, *konsistensi*, anjurkan mengkonsumsi makan yang tinggi serat, kolaborasi pemberian *supositoria anal*, jika perlu.

Manajemen *konstipasi* dengan tindakan, identifikasi faktor risiko *konstipasi*, anjurkan diet tinggi serat, anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada *kontraindikasi*, konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus. Pada perencanaan tindakan keperawatan pada *konstipasi* terdapat rencana yang tidak dapat terlaksanakan secara langsung yaitu monitor buang air besar (warna, frekuensi, *konsistensi*), karena sebaiknya dilakukan dengan mewawancarai klien.

- 3) Risiko infeksi ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada luka operasi, tampak luka *post op* di anus.

Berdasarkan buku standar intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk menyelesaikan masalah antara lain, pencegahan infeksi dengan tindakan, monitor adanya tanda dan gejala infeksi pada luka operasi untuk memastikan ada tidaknya kemungkinan terjadi infeksi pada luka operasi, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, pertahankan teknik aseptik pada klien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, anjurkan peningkatan asupan nutrisi, anjurkan peningkatan asupan cairan.

Perawatan luka dengan tindakan, monitor tanda- tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non-toksik dilakukan karena perawatan luka yang memerlukan cairan yang steril sehingga membantu proses penyembuhan luka, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala luka infeksi, anjurkan makanan tinggi serat, kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu.

d. Implementasi Keperawatan

Pada tahap perencanaan ada empat yang harus diperhatikan, yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi. Setelah penulis menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan data yang ditemukan pada pasien. Penulis membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Manajemen nyeri dengan tindakan, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, bertujuan untuk membantu untuk membuat diagnosa dan kebutuhan terapi. Mengidentifikasi skala nyeri, bertujuan untuk mendiagnosa terjadinya komplikasi, mengidentifikasi respon nyeri *non verbal*,

bertujuan untuk mengidentifikasi beratnya nyeri. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, bertujuan untuk mengetahui hasil evaluasi tindakan. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik nafas dalam), bertujuan untuk meningkatkan rasa nyaman klien. Kolaborasi pemberian dosis dan analgesik, sesuai indikasi injeksi ketorolak 30mg/8jam bertujuan untuk mengurangi nyeri.

Pemberian analgesik dengan tindakan, mengecek perintah pengobatan (dengan prinsip 6 benar cek perintah pengobatan meliputi obat dosis, dan frekuensi obat analgesik dan yang diresepkan, mengecek adanya riwayat alergi obat), bertujuan untuk memastikan kita tidak salah dalam memberikann obat terhadap klien. menjelaskan efek terapi dan efek samping obat, bertujuan agar klien mengetahui reaksi obat yang diberikan (Deden darmawan, Tutik rahayuningsih, 2010).

2) *Konstipasi* berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat

Manajemen *eliminasi fekal* dengan tindakan mengidentifikasi bising usus bertujuan untuk mengetahui frekuensi usus klien bermasalah atau tidak, memonitor buang air besar bertujuan untuk mengetahui apakah klien sudah bisa buang air besar, memberikan air hangat setelah makan bertujuan membantu melunakkan *feses* klien, menyediakan makanan tinggi serat: sayuran sawi dan buah pisang bertujuan untuk melancarkan *eliminasi fekal*.

Manajemen *konstipasi* dengan tindakan mengidentifikasi faktor risiko konstipasi bertujuan untuk mengetahui penyebab *konstipasi*. menganjurkan diet tinggi serat bertujuan untuk melancarkan *eliminasi fekal*, menganjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi bertujuan untuk melunakkan eliminasi. mengkonsultasikan dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus bertujuan untuk memantau perubahan usus klien.

3) Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis, DM).

Pencegahan infeksi dengan tindakan memonitor tanda dan gejala infeksi bertujuan untuk mengetahui keadaan luka dan perkembangannya, menganjurkan batasi jumlah pengunjung bertujuan untuk meminimalkan resiko infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan mengurangi mikroba bakteri yang dapat menyebabkan infeksi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi bertujuan agar pasien dan keluargamengetahui tanda dan gejala infeksi.

Perawatan luka dengan tindakan melepaskan balutan dan plester secara perlahan bertujuan untuk mengurangi faktor resiko infeksi, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka, memasang balutan sesuai jenis luka bertujuan agar klien nyaman dengan balutan yang dipakai, mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka bertujuan untuk mengurangi bakteri yang dapat menyebabkan infeksi, menjelaskan tanda dan gejala luka infeksi bertujuan agar keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi pada luka, kolaborasi pemberian *antibiotik (injeksi Vicillin 1,5gr/8jam)* bertujuan untuk mencegah timbulnya infeksi (Deden darmawan, Tutik Rahayuningsih, 2010)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi seluruh diagnosis keperawatan yang telah ditegakkan. Adapun kondisi secara umum klien setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga hari adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun,

nafsu makan membaik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, masalah teratasi dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang, klien tampak melakukan tehnik relaksasi nafas dalam, klien tampak rileks, skala nyeri berkurang.

- 2) *Konstipasi* berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, berdasarkan buku standar luaran keperawatan Indonesia tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mencejan saat defekasi menurun, kram *abdomen* membaik, *peristaltik* usus membaik, *konsistensi feses* juga membaik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, masalah teratasi sebagian dibuktikan dengan klien mengatakan sudah mampu buang air besar sedikit, klien mengatakan feses sudah mulai sedikit lunak, frekuensi bising usus klien sudah normal, klien tampak makan sayurandan buah-buahan.
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis berdasarkan buku standar luaran keperawatan Indonesia tujuan yang harus dicapai untuk menyelesaikan masalah antara lain, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, bebas dari tanda dan gejala infeksi meningkat, kemerahan menurun, keadaan luka membaik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, masalah teratasi dibuktikan dengan klien mengatakan sudah nyaman, luka operasi klien tampak berangsur-angsur membaik , pengunjung tampak sedikit dan tertib.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi *Hemoroid*

Hemoroid adalah pembesaran vena (*varises*) dari *pleksus venosis hemoroidalis* yang ditemukan pada *anal* (Diyono & Mulyanti, 2016). *Hemoroid* atau *ambeien* adalah pembengkakan dan peradangan pembuluh vena pada anus (Handaya, 2017). *Hemoroid* merupakan

pelebaran dan *inflamasi* pembuluh darah *vena* didaerah anus yang berasal dari *plexus hemorhoidalis*. *Hemoroid eksterna* adalah pelebaran *vena* yang berada dibawah kulit (*subkutan*) di bawah atau luar *linea dentate*. *Hemoroid interna* adalah pelebaran *vena* yang berada dibawah *mukosa* (*submukosa*) di atas atau didalam *linea dentante* (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Etiologi Hemoroid

(Nurarif & Kusuma, 2015) *Hemoroid* timbul karena dilatasi, pembengkakan atau *inflamasi vena hemoroidalis* yang disebabkan oleh faktor-faktor risiko seperti:

- a. Mengedan pada buang air besar yang sulit
- b. Pola buang air besar yang salah (lebih banyak menggunakan jamban duduk, terlalu lama duduk dijamban sambil membaca, merokok)
- c. Peningkatan tekanan *intra abdomen* karena tumor (tumor udud, 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*

3. Klasifikasi Hemoroid

Klasifikasi dan Derajat (Nurarif & Kusuma, 2015) berdasarkan gambaran klinis *hemoroid interna* dibagi atas:

- a. Derajat 1: Pembesaran *hemoroid* yang tidak prolaps keluar kanal anus. Hanya dapat dilihat dengan *anorektoskop*
- b. Derajat 2: Pembesaran *hemoroid* yang *prolaps* dan menghilang atau masuk sendiri kedalam anus secara spontan

- c. Derajat 3: pembesaran *hemoroid* yang *prolaps* dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari
- d. Derajat 4: *prolaps hemoroid* yang permanen. Rentan dan cenderung untuk mengalami *thrombosis* dan *infark*

Secara *anoskopi hemoroid* dapat dibagi atas:

- 1) *Hemoroid eksterna* (diluar/dibawah *linea dentate*)
- 2) *Hemoroid interna* (didalam/diatas *linea dentante*)

4. Patofisiologi *Hemoroid*

Prolaps dapat disebabkan oleh *spasme* pada *sfincter internal* sebagai akibat dari peningkatan tekanan yang mendorong benjolan melalui *sfincter internal* dan dalam waktu saat benjolan terdorong keluar.

Komplikasi yang berhubungan dengan *hemoroid interna* meliputi perdarahan, *prolapsus*, dan *trombus*. *Hemoroid* yang tersusun dari jaringan *vascular spor*, menimbulkan perdarahan. Darah tersebut tampak pada WC duduk dan tisu toilet atau permukaan tempat duduk. Kekurangan zat besi sebagai akibat dari anemia dapat berkembang jika darah berkurang dalam periode waktu lama.

Thrombosis dalam *hemoroid eksternal* sebagai akibat pembekuan darah dalam *vena hemoroid*. *Thrombosis* 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. *Thrombosis* pada *hemoroid eksternal* selalu diikuti oleh *prolaps thrombosis hemoroid interna*. Jika pembekuan darah pada permukaan kulit maka dapat menimbulkan *ulserasi* (Diyono & Mulyanti, 2016).

5. Manifestasi Klinis *Hemoroid*

(Diyono & Mulyanti, 2016) Pasien *hemoroid* kemungkinan menunjukkan gejala seperti berikut:

- a. Gangguan pada anus: nyeri, *konstipasi*, perdarahan.
- b. Benjolan pada anus yang menetap pada *hemoroid eksternal* sedangkan pada *hemoroid interna* benjolan tanpa *prolaps mukosa* dan keduanya sesuai dengan gradasinya.

- c. Dapat terjadi *anemia* bila *hemoroid* mengalami perdarahan kronis.
- d. Perdarahan per anus 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.

6. Pemeriksaan Penunjang *Hemoroid*

a. Pemeriksaan colok dubur

Diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan *karsinoma rektum*, pada *hemoroid interna* tidak dapat diraba sebab tekanan vena didalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri.

b. *Anoskopy*

Diperlukan untuk melihat *hemoroid interna* yang tidak menonjol keluar.

c. *Proktosigmoidoskopy*

Untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi (Nurarif & Kusuma, 2015).

7. Penatalaksanaan *Hemoroid*

Penatalaksanaan *hemoroid* (Nurarif & Kusuma, 2015)

a. Penatalaksanaan *konservatif*

- 1) Koreksi *konstipasi* jika ada, meningkatkan konsumsi serat, *laksatif*, dan menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan *konstipasi* seperti kodein.
- 2) Perubahan gaya hidup lainnya seperti meningkatkan konsumsi cairan, menghindari *konstipasi* dan menurangi mengejan saat buang air besar.
- 3) Kombinasi antara *anastesi* lokal, *kortikostteroid*, dan *antiseptik* dapat mengurangi gejala gatal-gatal dan rasa tak nyaman pada *hemoroid*. Penggunaan *steroid* yang berlama-lama harus dihindari untuk menurangi efek samping. Selain itu suplemen *flavonoid* dapat membantu mengurangi adanya *tonus vena*, mengurangi

hiperpermeabilitas serta efek *antiinflamasi* meskipun belum diketahui bagaimana mekanismenya.

b. Pembedahan *hemoroid*

Apabila *hemoroid internal* derajat 1 yang tidak membaik dengan penatalaksanaan *konservatif* maka dapat dilakukan tindakan pembedahan. HIST (*Hemoroid Institute of South Texas*) menetapkan indikasi tatalaksana pembedahan *hemoroid* antara lain

- 1) *Hemoroid internal* derajat II berulang
- 2) *Hemoroid* derajat III dan IV dengan gejala
- 3) *Mukosa rectum* menonjol keluar anus
- 4) *Hemoroid* derajat I dan II dengan penyakit penyerta seperti fisura
- 5) Kegagalan penatalaksanaan *konservatif*
- 6) Permintaan pasien

Pembedahan yang sering dilakukan yaitu *skleroterapi*

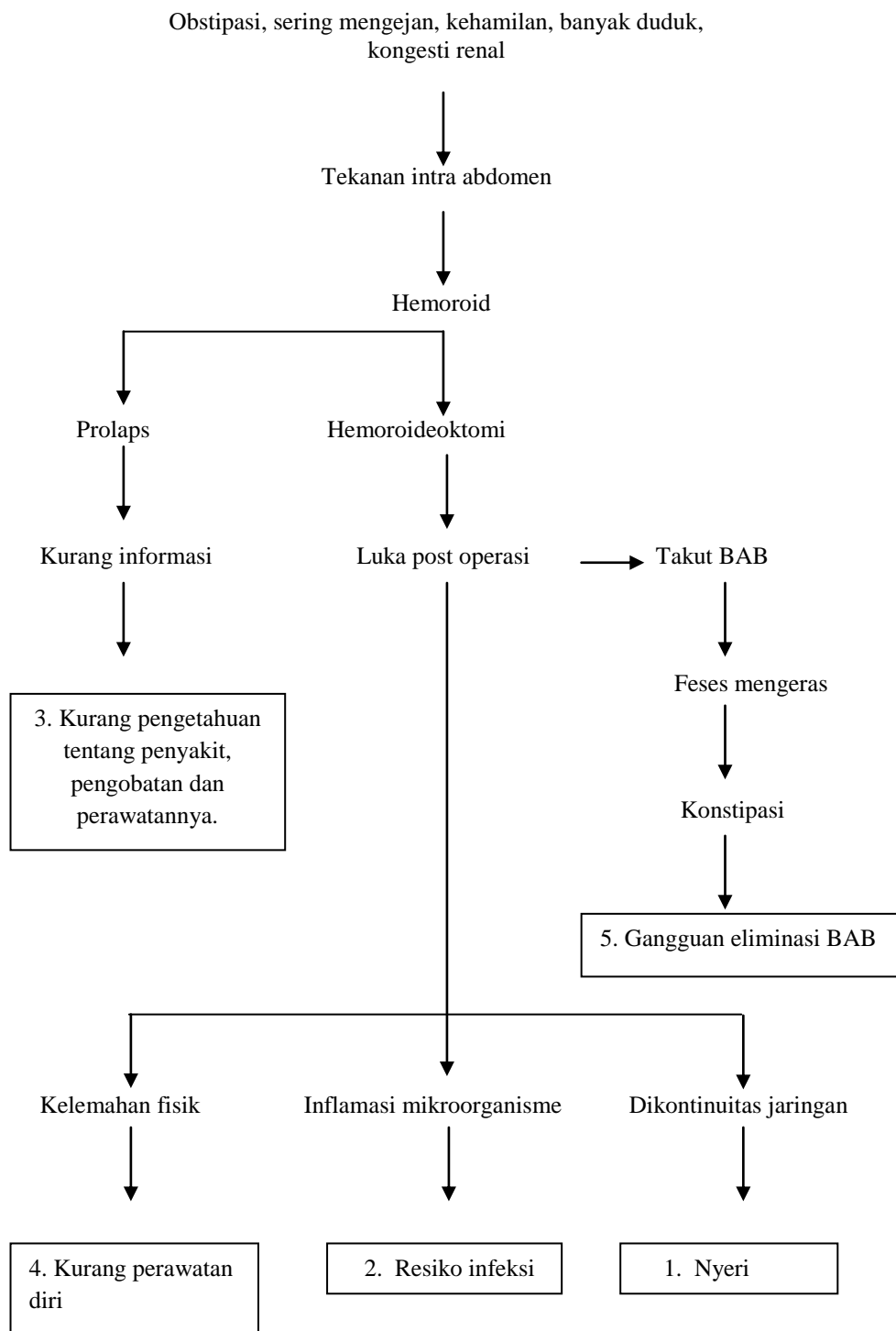
- a) *Rubber band ligation* (ligasi karet gelang)
- b) *Infrared thermocoagulation* (termokoagulasi inframerah)
- c) *Bipolar diathermy*
- d) *Laser haemorrhoidectomy*
- e) *Doppler ultrasound guided haemorrhoid artery ligation* (ligasi arteri *hemoroid* yang dipandu ultrasound Doppler)
- f) *Cryotherapy*
- g) *Staple hemorrhoidopexy*

8. Masalah Keperawatan *Hemoroid*

Masalah keperawatan yang lazim muncul pada penderita *hemoroid* (Nurarif & Kusuma, 2015).

- a. Nyeri akut
- b. Intoleransi aktivitas
- c. Gangguan rasa nyaman
- d. Resiko infeksi
- e. *Konstipasi*

9. Pathway Hemoroid



Sumber: (Muttaqin, 2011)

Gambar 2.3
Pathway Hemoroid