

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Masalah Utama Nyeri Post Operasi

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik. *International Association For the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi medis nyeri yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial, atau digambarkan sebagai kerusakan yang sama (Joyce M. Black, 2014).

2. Penyebab Nyeri

Penyebab nyeri menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2018) terbagi menjadi 3 yaitu: agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3. Klasifikasi Nyeri

Menurut (Hidayat, 2020) Klasifikasi nyeri berdasarkan lama atau waktu kejadian nyeri dibagi menjadi :

a) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan otot.

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan.

4. Fisiologis Nyeri

Terdapat empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (nosiseptif: saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak): transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi.

a) Transduksi

Proses dimana suatu stimulus nyeri (noxious stimuli) dirubah menjadi suatu aktifitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf. Stimulus ini dapat berupa stimulus fisik (tekanan), suhu (panas) atau kimia (substansi nyeri). Terjadi perubahan patofisiologis karena mediator-mediator nyeri mempengaruhi juga nosiseptor diluar daerah trauma sehingga lingkaran nyeri meluas. Selanjutnya terjadi proses sensitivisasi perifer yaitu menurunnya nilai ambang rangsang nosiseptor karena pengaruh mediator tersebut dan penurunan pH jaringan.

b) Transmisi

Proses penyampaian impuls nyeri dari nosiseptor saraf perifer melewati korda dorsalis, dari spinalis menuju korteks serebri. Transmisi sepanjang akson berlangsung karena proses polarisasi, sedangkan dari neuron presinaps ke pasca sinaps melewati neurotransmitter.

c) Modulasi

Proses modifikasi terhadap rangsang. Modifikasi ini dapat terjadi pada sepanjang titik dari sejak transmisi pertama sampai ke korteks serebri. Modifikasi ini dapat berupa augmentasi (peningkatan) ataupun inhibisi (penghambatan).

d) Persepsi

Proses terakhir saat stimulasi tersebut sudah mencapai korteks sehingga mencapai tingkat kesadaran, selanjutnya diterjemahkan dan ditindaklanjuti berupa tanggapan terhadap nyeri tersebut.

5. Pengkajian Nyeri

Pengkajian karakteristik nyeri membantu dalam membentuk pengertian pola nyeri dan tipe terapi yang digunakan untuk mengatasi nyeri. Kriteria pengkajian nyeri yang biasa digunakan adalah metode pengkajian karakteristik nyeri dengan PQRST menurut (Potter dan Perry, 2014).

a. Faktor pencetus (*P: Provocate*)

Mengkaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada pasien, dapat juga melakukan observasi bagian-bagian tubuh yang mengalami cedera.

b. Kualitas (*Q: Quality*)

Kualitas merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, perih, tertusuk-tusuk dan lain-lain.

c. Lokasi nyeri (*R: Regio*)

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukkan semua daerah yang dirasa tidak nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan daerah yang lebih spesifik, perawat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri. dalam mendokumentasikan hasil pengkajian tentang lokasi nyeri, hendaknya menggunakan bahasa anatomi atau istilah deskriptif.

d. Keparahan (*S: Severe*)

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang, atau parah. Alat VDS (*Verbal Descriptor Scale*) memungkinkan untuk memilih sebuah kategori mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numeric Rating Scale, NRS*) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

e. Durasi (*T: Time*)

Lebih mudah untuk mendiagnosis sifat nyeri dengan mengidentifikasi faktor waktu. Yang harus dilakukan dalam pengkajian waktu adalah awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami. Perlu ditanyakan kapan mulai muncul adanya nyeri, berapa lama nyeri tersebut muncul dan seberapa sering untuk kambuh.

6. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Joyce M. Black (2014) pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi berbagai hal, diantaranya sebagai berikut :

a. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri, merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman individual kita masing masing, nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik. Baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat mempengaruhi pengalaman kita akan nyeri.

Walaupun beberapa ahli setuju mengenai spesifik dari faktor faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri : kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan dan arti di balik situasi terjadinya cedera. Fungsi kognitif, seperti distraksi juga memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri. Persepsi nyeri dipengaruhi toleransi individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri.

b. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu lansia mungkin tidak melaporkan adanya

nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa.

Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka sebagai arti yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai manifestasi alami penuaan. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berfikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua hal itu mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua.

Adapun kelompok usia yang digunakan dengan pengelompokan menurut (Depkes, 2009 dalam (Mardiah et al., 2021)) sebagai berikut:

- 1) Masa balita (0-5 tahun)
- 2) Masa anak-anak (5-11 tahun)
- 3) Masa remaja awal (12-16 tahun)
- 4) Masa remaja akhir (17-25 tahun)
- 5) Masa dewasa awal (26-35 tahun)
- 6) Masa dewasa akhir (36-45 tahun)
- 7) Masa lansia awal (46-55 tahun)
- 8) Masa lansia akhir (56-65 tahun)

Usia 18-59 tahun merupakan usia yang lebih kooperatif ketika diberikan intervensi pada saat di rumah sakit dibandingkan dengan usia anak-anak dan remaja. Usia anak-anak cenderung lebih sulit dalam mengenal makna nyeri dan prosedur yang dilaksanakan oleh tenaga medis. Kemampuan kosakata yang belum berkembang menimbulkan rasa sulit dalam menjelaskan dan mengekspresikan nyeri secara verbal pada orangtua maupun tenaga medis (Sitepu, 2019). Sedangkan pada usia remaja

cenderung memiliki emosi yang tidak stabil sehingga akan sulit bekerjasama untuk mengatasi nyeri.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap seorang laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis sedangkan perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Perempuan lebih sensitif terhadap rasa dan cenderung untuk mengkomunikasikan rasa sakitnya dan laki-laki cenderung untuk menahan rasa sakit. Selain itu, perempuan dalam merespon sesuatu lebih menggunakan perasaan sedangkan pada laki-laki menggunakan logika (Retno Puji Astuti, Titik Nuryanti, 2021).

d. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respon mereka terhadap nyeri. Individu mungkin dapat menginterpretasikan anti nyeri jika penyebab nyeri diketahui dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hasil positif.

e. Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin memengaruhi respons terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengartian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

f. Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

Pengalaman sebelumnya mengenai nyeri memengaruhi persepsi akan nyeri yang dialami saat ini. Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri dapat memiliki kesulitan dalam mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami peningkatan buruk sebelumnya mungkin menerima nyeri selanjutnya dengan lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin akan melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya.

7. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

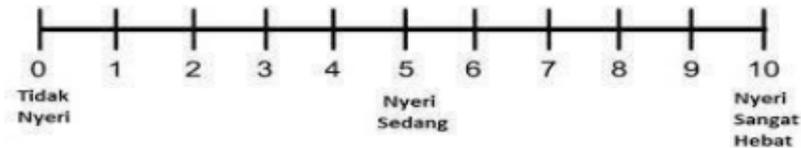
a. Intensitas Nyeri

Menurut Potter & Perry (2014) Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Dalam pengkajian intensitas nyeri perawat akan meminta pasien untuk membuat tingkatan nyeri pada skala verbal. Misal: tidak nyeri, sedikit nyeri, nyeri sedang, nyeri berat, hebat atau sangat nyeri, atau dengan membuat skala nyeri yang bersifat kualitatif menjadi bersifat kuantitatif dengan menggunakan skala 0-10, yang bermakna 0 = tidak nyeri dan 10 = nyeri sangat hebat. Menurut Kozier, Erb, Berman & Snyder (2020) dalam Oktarina, (2021), terdapat beberapa skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri yaitu :

1) *Numerical Rating Scale (NRS)*

Skala penilaian numerik (*Numeric rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien akan menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang sangat hebat. Skala ini paling

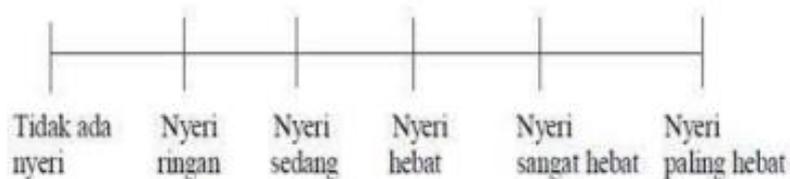
efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 2.1 : Numeric Rating Scale (NRS)
Sumber : (Kozier, Erb, Berman & Snyder,2020)

2) Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau Skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehinggaskala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

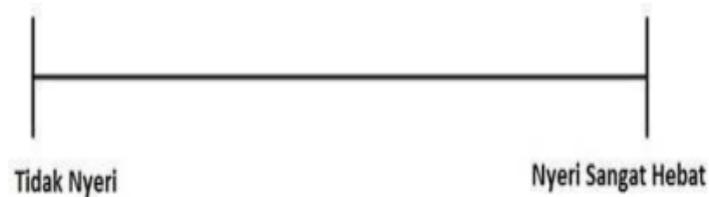


Gambar 2.2 : Verbal Rating Scale (VRS)
Sumber : (Potter & Perry, 2014)

3) Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (visual analog scale, VAS), merupakan suatu garis lurus dengan 10 cm, mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitive karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik padarangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Ujung kiri menandakan “tidak terasa nyeri”,

sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang tidak tertahankan”. Untuk mendapatkan hasil, pasien diminta untuk membuat garis atau tanda pada garis 10 cm tersebut dan jarak yang dibuat oleh pasien diukur dengan menggunakan penggaris dan ditulis dalam satuan sentimeter.

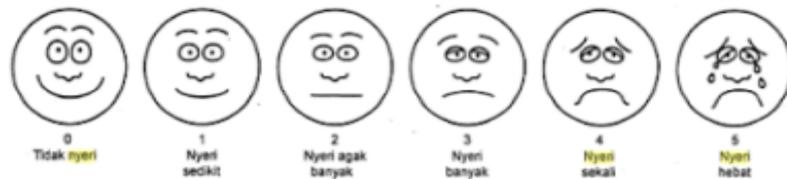


Gambar 2.3 : Visual Analog Scale (VAS)
Sumber : (Potter & Perry, 2014)

4) *FACES Pain Scale (FPRS)*

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat Wong Baker FACES Pain Rating Scale. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap

ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.



Gambar 2.4 : FACES Pain Scale (FPRS)
Sumber : (Kozier, Erb, Berman & Snyder,2020)

8. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri yang dapat dilakukan secara garis besar dapat dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis.

a. Terapi Farmakologis

Analgesik adalah metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Terapi farmakologis yang diberikan menurut (Rahayu Putri, 2020);

- 1) Non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID);
- 2) Opiat atau analgesik narkotik (morfin, kodein);
- 3) Obat tambahan (adjuvans) atau koanalgesik.

b. Terapi Non-Farmakologis

Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologis. Terapi non-farmakologis dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat. Berikut ini adalah teknik non-farmakologis yang dapat dilakukan antara lain (Rahayu Putri, 2020).

1) Bimbingan Antisipasi

Bimbingan antisipasi merupakan kegiatan memberikan pemahaman kepada klien mengenai nyeri yang dirasakan. Pemahaman yang diberikan oleh perawat ini bertujuan

memberikan informasi pada klien dan mencegah salah interpretasi tentang peristiwa nyeri.

2) Terapi Kompres Dingin

Terapi dingin diduga bekerja dengan menstimulasi reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dalam bidang reseptor yang sama pada cedera. Terapi dingin dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi.

3) Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

TENS merupakan suatu alat yang menggunakan aliran listrik, baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa elektroda pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. TENS ialah prosedur non-invasif dan menggunakan metode yang aman untuk mengurangi nyeri, baik akut maupun kronis.

4) Imajinasi Terimbing

Imajinasi terbimbing ialah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup.

5) Hypnosis

Hypnosis/hipnosa merupakan sebuah teknik yang menghasilkan suatu kondisi yang tidak sadarkan diri, yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya. Hipnosis diri sama dengan melamun. Konsentrasi yang intensif mengurangi ketakutan dan stres karena individu berkonsentrasi hanya pada satu pikiran.

6) Akupuntur

Akupuntur adalah istilah yang dipakai untuk menggambarkan proses memasukkan jarum-jarum tajam pada titik-titik strategis pada tubuh untuk mencapai efek terapeutik.

7) Massase

Massase yaitu melakukan tekanan tangan pada jaringan lunak, biasanya otot, tendon, atau ligament, tanpa menyebabkan gerakan atau perubahan posisi sendi untuk meredakan nyeri, menghasilkan relaksasi, atau memperbaiki sirkulasi.

8) Relaksasi

Relaksasi merupakan 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. Metode fisiologis ini dikembangkan untuk melawan ketegangan dan kecemasan. Metode ini merupakan gabungan antara relaksasi dan suatu faktor keyakinan filosofis atau agama yang dianut (Wati & Ernawati, (2020).

Perubahan fisiologis dan perilaku berhubungan dengan relaksasi mencakup: menurunnya denyut jantung, tekanan darah, dan kecepatan pernafasan; meningkatnya kesadaran secara global, perasaan damai, serta menurunnya ketegangan otot dan kecepatan metabolisme. Teknik relaksasi mencakup meditasi, zen, yoga, aromaterapi, dll.

9) 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 diluar nyeri. Teknik ini biasanya tidak efektif diberikan pada pasien yang mengalami nyeri berat atau nyeri akut. Hal ini disebabkan pada nyeri berat atau akut, pasien tidak dapat

berkonsentrasi dengan baik dan tidak cukup baik untuk ikut serta dalam aktifitas mental dan fisik yang kompleks (Ibrahim, 2020).

9. Nyeri Post Operasi Hemoroidektomi

Nyeri pasca operasi merupakan salah satu penyebab tersering nyeri akut yang disebabkan oleh prosedur pembedahan atau keadaan patologis penyakit pasien. Nyeri yang dialami pasien post operasi muncul disebabkan rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri sehingga muncul nyeri pada setiap pasien post operasi (Anwar et al, 2020). Mediator kimia yang dihasilkan dapat mengaktivasi nociceptor lebih sensitif secara langsung maupun tidak langsung sehingga menyebabkan hiperalgesia.

Hemoroidektomi menyebabkan terjadinya luka insisi di daerah anus dan memberikan stimulus nyeri maka stimulus tersebut akan merangsang enzim sikloosigenenase (enzim yang merangsang pelepasan prostaglandin, histamin, dan bradikinin) untuk melepaskan mediator nyeri. Rangsang kemudian akan dibawa oleh saraf sensorik perifer melalui sum-sum tulang belakang ke talamus dan pusat nyeri di otak besar (rangsangan sebagai nyeri). Perlukaan ini mengakibatkan port de entri kuman sehingga kuman dapat masuk dan terjadi infeksi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan suatu landasan dalam proses keperawatan sekaligus pada tahap awal proses keperawatan. Untuk itu diperlukan ketelitian dan kecermatan tentang masalah klien agar dapat memberikan tindakan keperawatan. Pada tahap ini keberhasilan pada proses keperawatan sangat diperlukan (Koerniawan et al., 2020). Pengkajian pada pasien post operasi yang mengalami nyeri meliputi:

a. Identitas

Pengkajian identitas baik pada pasien maupun penanggung jawab berupa umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan Utama

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

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien secara kronologis, yaitu waktu, pencetus, durasi, dan keadaan pasien saat ini. Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien post hemoroidektomi biasanya adalah nyeri. Oleh karena itu perlu dilakukan pengkajian nyeri meliputi: P (provokatif/paliatif), yaitu faktor pencetus nyeri, bagaimana nyeri bisa bertambah dan berkurang; Q (quality/quantity), yaitu kualitas nyeri biasanya pasien post akan merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk atau disayat-sayat; R (region/radiasi), yaitu lokasi nyeri yang dirasakan dan nyeri menyebar atau pada satu titik; S (severity/scale), yaitu intensitas atau skala nyeri yang dirasakan dengan menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) dimulai dari skala 0-10; dan T (time), yaitu kapan, berapa lama, durasi, dan frekuensi nyeri.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Hemoroid bukanlah suatu penyakit menular tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan, karena itu perlu dikaji apakah keluarga ada yang memiliki penyakit sama.

f. 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.

2. **Diagnosis Keperawatan Post Operatif**

Diagnosis keperawatan berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Tim Pokja DPP SDKI, (2018) antara lain :

a. Nyeri Akut (D.0077)

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Disebabkan oleh agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan). Nyeri akut ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Ansietas (D.0080)

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Disebabkan oleh krisis situasional. Ditandai dengan pasien merasa bingung, merasa

khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi dan tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

c. Risiko Infeksi (D.0142)

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risiko untuk masalah ini adalah efek prosedur invasif.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan menurut Tim Pokja DPP SIKI (2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis diatas adalah :

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun (L.08066).

Intervensi keperawatan : Manajemen Nyeri (I.08238).

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Teraupetik :

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal:TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).

- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- 5) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi :

- 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Verbalisasi kebingungan menurun, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur membaik (L.09093).

Intervensi Keperawatan: Reduksi Ansietas (I.09314).

Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor).
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.
- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).

Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas.

- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian.
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
- 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.
- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang.

Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
- 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu.
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan.
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
- 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.
- 8) Latih teknik relaksasi.

Kolaborasi

- 9) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

c. Risiko Infeksi ditandai dengan Efek Prosedur Invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. (L.14137).
Intervensi Keperawatan: Pencegahan Infeksi (I.14539).

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

- 1) Batasi jumlah pengunjung.
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema.
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- 3) Ajarkan etika batuk.
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (SIKI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah mengacu kepada luaran keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim SLKI DPP PPNI, 2018). Menurut Nanda (2020) evaluasi meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP yaitu :

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

C. Konsep Intervensi Sesuai *Evidence Based Practice* (EBP)

1. Definisi Kompres Dingin

Kompres dingin dengan ice gel (*Cold Pack*) merupakan suatu tindakan yang bertujuan untuk meminimalkan rasa nyeri dengan menimbulkan efek fisiologi. *Ice gel* merupakan kemasan yang berisi gel *hypoallergenic* dapat digunakan dingin maupun panas, jika digunakan *ice gel* tersebut dapat terjaga lebih lama diluar freezer dari pada es biasa. *Ice gel* bersifat *reusable* (dapat digunakan ulang) dan mudah didapatkan karena tersedia diapotek. Pada umumnya ice gel dapat digunakan selama 5 sampai 10 menit (Boediarsih et al, 2021). Kompres dingin dapat diberikan selama waktu kurang lebih 10 - 15 menit.

2. Jenis Kompres Dingin

Beberapa teknik dalam pemberian kompres menurut Koziar (2020) yaitu :

- a. Kompres dingin basah. Contohnya: menggunakan handuk dingin.
- b. Kompres dingin kering. Contohnya: menggunakan *cold pack*.

3. Manfaat Kompres Dingin

Kompres dingin memberi efek fisiologis sebagai anestesi lokal untuk mengurangi nyeri lokal, meredakan perdarahan, merelaksasikan otot untuk menghilangkan nyeri, menurunnya metabolisme sel untuk mengurangi kebutuhan O₂ pada jaringan, viskositas darah naik untuk peningkatan koagulasi darah pada tempat cedera. Kompres dingin di tengkuk mempunyai efek dingin dan selanjutnya 30 - 40 detik memberi efek hangat. Kompres dingin dilakukan di tengkuk dikarenakan tengkuk (leher belakang) merupakan daerah yang kaya akan pembuluh darah dan saraf. Tengkuk juga merupakan lokasi yang dekat dengan daerah otak. *Cold pack* menyebabkan pelepasan endorpin yang berasal dari medula spinalis dan otak ke pembuluh darah sehingga menimbulkan rasa euforia.

Pemberian *cold pack* di tengkuk diberikan selama \pm 15 menit. 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. Waktu pemberian kompres dingin yang disarankan adalah tidak melebihi 15–20 menit. Pemberian kompres dingin ini dapat diulangi setiap 2–3 jam sekali. Kompres dingin jika digunakan terlalu lama menghambat sirkulasi darah.

4. Komplikasi Kompres Dingin

Komplikasi yang dapat terjadi dari pemberian kompres dingin adalah terhambatnya sirkulasi darah, radang dingin, kulit kering, kerusakan kulit atau *frostbit*, iritasi kulit.

5. Sistem Persyarafan Yang Mempersiapkan Nyeri

Medulla spinalis merupakan salah satu sistem saraf pusat yang berperan dalam mengendalikan berbagai aktivitas refleks di dalam tubuh dan proses transmisi impuls dari otak dan menuju otak melalui saraf sensorik dan saraf motorik. Saraf ini membentang dari bawah otak hingga ke punggung bagian bawah. Terdapat 4 fisiologis nyeri salah satunya merupakan modulasi. Proses modulasi dinyatakan sebagai mekanisme hambatan (inhibisi) terhadap nyeri didalam kornu dorsalis medulla spinalis dan di tingkat lebih tinggi di brain stem dan mid brain. Di medulla spinalis mekanisme inhibisi terhadap transmisi nyeri terjadi pada sinaps pertama antara aferen noksius primer dan sel-sel WDR dan NS dari second order, Dengan demikian mengurangi penghantaran spinotalamikus dari impuls noksius. Modulasi spinal dimediasi oleh kerja inhibisi dari senyawa endogen yang mempunyai efek analgetik, yang dilepaskan dari interneuron spinal dan dari ujung terminal akson yang mempunyai sifat inhibisi yang turun (desendens) dari *central gray locus ceruleus* dan dari supraspinal yang lain.

Analgesik endogen itu adalah enkefalin (ENK), norepinefrin (NE) dan gamma *aminobutyric acid* (GABA). Analgesik endogen ini

akan mengaktifkan reseptor opioid, alpha adrenergik dan reseptor lain, yang bekerja melakukan inhibisi pelepasan glutamat dari aferen nosiseptif primer atau mengurangi reaksi post sinaptik dari *second order* neuron NS atau WDR. Proses modulasi merupakan proses interaksi antara mediator yang menyebabkan eksitasi dan efek inhibisi dari analgesik endogen. Opioid endogen seperti enkefalin dan endorfin akan melakukan modulasi transmisi nyeri. Selain itu, sebagian sitokin seperti interleukin-1 β yang terbentuk diperifer, bersama aliran darah akan sampai ke system saraf pusat dan juga akan menginduksi COX-2 di dalam neuron otak sehingga terbentuk juga prostaglandin E-2 yang juga mengakibatkan perasaan nyeri.

6. Indikasi Kompres Dingin

Menurut (Rohmani, 2021) Indikasi dari kompres dingin yaitu :

- a. Menurunkan spasme otot, untuk merelaksasikan otot dan menurunkan kontraktilitasnya.
- b. Inflamasi, untuk permeabilitas kapiler menurun, menurunkan aliran darah, menghambat metabolisme seluler.
- c. Nyeri, kompres dingin menurunkan nyeri dengan menghambat kecepatan konduksi saraf dan menghambat input saraf menimbulkan mati rasa, dan bekerja sebagai *counterirritant* serta meningkatkan ambang batas nyeri.
- d. Cedera traumatik, kompres dingin pendarahan dihambat dengan cara pembuluh darah kontriksi, mereduksi edema dengan menurunkan permeabilitas kapiler.

7. Kontraindikasi Kompres Dingin

Menurut (Rohmani, 2021) kontraindikasi pemberian kompres dingin yaitu pasien alergi dingin. Luka terbuka tidak diperbolehkan dengan kompres dingin, karena dapat merusak jaringan sehingga aliran darah berkurang ke daerah luka tersebut.

8. Persiapan Alat dan Bahan

Persiapan yang dilakukan perawat sebelum melakukan intervensi kompres dingin sebagai berikut :

- a. Mengecek catatan medis pasien.
- b. Persiapan alat yaitu pengalas (underpad atau perlak), cold pack yang sudah dibekukan di freezer, handuk kecil, kasa gulung atau plester untuk merekatkan cold pack.

9. Pelaksanaan Kompres Dingin

a. Pra Interaksi :

- 1) Menyiapkan alat.
- 2) Perawat mencuci tangan.

b. Interaksi :

Orientasi

- 1) Menyampaikan salam.
- 2) Memperkenalkan diri dengan pasien dan keluarga.
- 3) Menanyakan nama dan tanggal lahir pasien.
- 4) Menjelaskan maksud dan tujuan.
- 5) Menjelaskan prosedur tindakan.
- 6) Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya.
- 7) Mendekatkan alat.
- 8) Mencuci tangan.

Kerja

- 1) Menjaga privasi pasien.
- 2) Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman di tempat tidur.
- 3) Memasang pengalas (underpad atau perlak).
- 4) Memberikan kompres dingin dengan *cold pack* yang diletakkan di tengkuk pasien.
- 5) Kompres dingin diberikan kurang lebih 15-20 menit saat nyeri atau tergantung pada tingkat nyeri yang dirasakan.

- 6) Pertahankan *cold pack* dengan menggunakan kasa gulung atau difiksasi dengan plaster sesuai kebutuhan dan kenyamanan pasien.
- 7) Mengobservasi kondisi pasien selama diberikan terapi kompres dingin.

Terminasi

- 1) Mengevaluasi perasaan pasien.
- 2) Memberikan motivasi pada pasien.
- 3) Mengucapkan salam.
- 4) Mencuci tangan.

Post Interaksi

- 1) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan.
- 2) Membereskan alat-alat.
- 3) Mencuci tangan.

(Sumber Rohmani, 2021).

10. Indikator Keberhasilan Kompres Dingin Untuk Mengurangi Nyeri

Setelah diberikan intervensi kompres dingin diharapkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun dan pasien menjadi lebih rileks.

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.1 Jurnal Terkait

No	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisi)	Hasil penelitian	Sumber
1.	Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin Di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang Tampon (Rohmani,	D : quasi experiment S : 32 Pasien V : Kompres Dingin I : Visual Analog Scale A : Friedman	Tindakan kompres dingin lebih efektif dibandingkan dengan terapi standar dalam menurunkan skala nyeri pasien post hemoroidektomi yang terpasang tampon.	Rohmani, R., Dahlia, D., & Sukmarini, L. (2018). Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang

	2021)			Tampon. Jurnal Keperawatan Tropis Papua, 1(1), 8-12.
2.	Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Post Hemoroidektomi (Octarina & Elyta, 2023)	D : Deskriptif Analitik S : 2 Pasien V : Kompres Dingin (icepack) I : Wong Baker Faces Pain Rating Scale A : -	Setelah dilakukan Pemberian Kompres Dingin pada pasien Post Hemoroidektomi selama 3 hari kedua pasien mengalami penurunan skala nyeri.	Octarina, S., & Elyta, T. (2023). Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Asuhan Keperawatan Pasien Post Hemoroidektomi. Januari: Jurnal Ilmiah Ilmi Kesehatan dan Kedokteran. 1, 191–203.
3.	Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Hemoroidektomi Di RSUD Simo Boyolali (Utami, 2020)	D : Case Study Design S : 2 Pasien V : Kompres Dingin I : Numeric Rating Scale A : -	Studi kasus menunjukkan bahwa tingkat nyeri pasien setelah dilakukan kompres dingin mengalami penurunan.	Utami, T. (2020). Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Hemoroidektomi Di RSUD Simo Boyolali: Studi Kasus. Intan Husada Jurnal Ilmu Keperawatan, 8(1), 1-8. https://doi.org/10.52236/ih.v8i1
4.	Penggunaan Kompres Dingin untuk Manajemen Nyeri pada Ibu Hamil Pasca Stapled Hemorrhoidopexy (Pamungkas, 2022)	D : Case Study Design S : 1 Pasien V : Kompres Dingin I : Numeric Rating Scale A : -	Hasil studi menunjukkan bahwa kompres dingin (ice gel) yang dikombinasikan dengan terapi obat membantu menurunkan tingkat nyeri pasien.	Pamungkas, E. (2022). Penggunaan Kompres Dingin untuk Manajemen Nyeri pada Ibu Hamil Pasca Stapled Hemorrhoidopexy. Forikes-Ejournal.Com.
5.	Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Fraktur Tertutup Dengan Pemberian Terapi	D : Case Study Design S : 2 Pasien V : Kompres Dingin I : Numeric Rating Scale A : -	Pemberian terapi kompres dingin yang dilakukan selama 3 hari berhasil menurunkan nyeri yang dirasakan oleh pasien fraktur tertutup. Hasil ini	Suryani, M. dan Soesanto, E. (2020) "Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Fraktur Tertutup dengan Pemberian Terapi

	Kompres Dingin (Suryani, 2020)		ditunjukkan adanya penurunan tingkat nyeri pada kedua subjek studi kasus.	Kompres Dingin,” Ners Muda, 1(3), hal. 172–177. doi: https://doi.org.10.26714/nm.v1i3.6304
--	--------------------------------	--	---	--