

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Masalah

1. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang penting bagi tubuh. Sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil stimulasi reseptor sensorik, provokasi saraf- saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita. (Saifullah, 2020).

Menurut Handayani (2020) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu. Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Koziar & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

b. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf ini terletak pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Koziar & Erb, 2021).

c. Patofisiologis

Menurut Koziar & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri terbagi menjadi 3 bagian :

1) Mekanisme neurofisiologi nyeri

Sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berdeda satu sama lain.

2) Transmisi nyeri

Reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fasia, tendon, dan kornea juga merupakan reseptor nyeri yang mempunyai potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.

3) Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden

Kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensoris asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensoris asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri.

d. Faktor predisposisi nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi Nyeri menurut Handayani (2020)

:

1) Usia

Usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan.

2) Jenis kelamin

Berdasarkan penelitian tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa budaya beranggapan bahwa laki-laki lebih berani dan dapat menahan rasa nyeri dibandingkan perempuan.

3) Lingkungan

Lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien.

4) Keadaan umum

Kondisi Fisik yang menurun, pasien dalam keadaan lemah dan kurang asupan nutrisi akan dapat meningkatkan intensitas nyeri begitu juga dengan haus / dehidrasi.

5) Lokalisasi dan tingkat keparahan nyeri

Nyeri biasanya dapat dirasakan dalam lokasi tertentu ada yang berupa nyeriringan, sedang dan nyeri berat.

6) Ansietas

Berdasarkan penelitian hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks, kecemasan yang dilakukan oleh seseorang sering kali meningkatkan persepsi nyeri.

e. Respon nyeri

Nyeri dapat mengancam kesejahteraan seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Ketika individu mengalami nyeri maka respon verbal dan perilaku non verbal akan adanya nyeri merupakan bagian penting yang dapat diamati oleh perawat. Perilaku non verbal yang mengindikasikan nyeri menurut Black dan Hawks (2014) yaitu :

Tabel 2.1 Perilaku Non-Verbal Terhadap Nyeri

Ekspresi wajah	Menggertakan gigi, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, menekuk muka, menutup mata dengan rapat, membuka mata atau mulut dengan lebar
Vokal	Menangis, mengerang, terengah, merintih, menggerutu, menjerit
Gerakan Tubuh	Gelisah, waspada, tegang pada otot, imobilitas, mondar-mandir, meremas tangan, tidak bisa diam, gelisah, menggeliat, menolak ubah posisi, kaku pada sendi
Interaksi Sosial	Diam, menarik diri, tingkat perhatian menurun, fokus pada standar meredakan nyeri
Emosi	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas
Tidur	Meningkat, karena kelelahan Menurun karena sering terbangun

Sumber: Black dan Hawks (2014)

Bersamaan dengan naiknya impuls-impuls nyeri ke *medula spinalis* hingga mencapai batang otak dan thalamus, maka sistem saraf otonom menjadi terstimulus sebagai bagian dari respons stress. Selain respon perilaku, respon fisiologis juga dapat terjadi ketika individu merasakan nyeri, respon fisiologis terhadap nyeri terbagi menjadi respon sistem saraf simpatik dan respon sistem saraf parasimpatik (Kozier, et al. 2021).

Tabel 2.2 Respon Fisiologis Terhadap Nyeri

Respon Sistem Saraf Simpatik	Respon Sistem Saraf Parasimpatik
Peningkatan denyut nadi	Tekanan darah menurun
Peningkatan frekuensi napas	Denyut nadi menurun
Peningkatan tekanan darah	Mual, muntah
Pasien tampak pucat	Kelemahan
Diaphoresis	Kehilangan kesadaran
Dilatasi pupil	

Sumber: Black dan Hawks (2014)

Respon fisiologis terhadap nyeri

- 1) Stimulasi Simpatik: (nyeri ringan, moderat, dan superficial).
 - a) Dilatasi saluran bronchial dan peningkatan respirasi rate.
 - b) Peningkatan heart rate.
 - c) Vasokonstriksi perifer, peningkatan *blood pressure*.
 - d) Peningkatan nilai gula darah.

- e) Peningkatan kekuatan otot.
 - f) Dilatasi pupil.
 - g) Penurunan motilitas GI.
- 2) Stimulus parasimpatik (nyeri berat dan dalam).
- a) Muka pucat.
 - b) Otot mengeras.
 - c) Penurunan *heart rate* dan *blood pressure*.
 - d) Nafas cepat dan irregular.
 - e) Nausea dan vomitus (mual & muntah).
 - f) Kelelahan dan keletihan.

Respon tingkah laku terhadap nyeri

- 1) Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur).
- 2) Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir).
- 3) Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan).
- 4) Kontak dengan orang lain/ interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentangperhatian, fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri).

Respon tubuh terhadap nyeri ada 3 tahap, yaitu:

- 1) Tahap aktivasi

Dimulai saat pertama individu menerima rangsang nyeri sampai tubuh bereaksi terhadap nyeri yang meliputi : respon simpato adrenal, respon muskuler, dan respon emosional.

- 2) Tahap pemantulan (*rebound*)

Pada tahap ini nyeri sangat hebat tetapi singkat. Pada tahap ini pula sistem saraf parasimpatis mengambil alih tugas, sehingga terjadi respon yang berlawanan terhadap tahap aktivasi.

- 3) Tahap adaptasi (*adaption*)

Saat nyeri berlangsung lama tubuh mencoba untuk beradaptasi melalui

peran endorphins. Reaksi adaptasi tubuh ini terhadap nyeri dapat berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Bila nyeri berkepanjangan maka akan menurunkan sekresi norepineprin sehingga individu merasatidak berdaya, tidak berharga dan lesu.

f. Klasifikasi nyeri

1) Klasifikasi nyeri

Menurut Kozier, et all. (2021) nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronik. Nyeri dapat dikategorikan sesuai dengan asalnya sebagai nyeri kutaneus, somatic profunda, atau visceral. Nyeri dapat digambarkan sesuai dengan tempat dirasakannya nyeri tersebut yaitu nyeri menjalar, nyeri tak tertahankan, nyeri bayangann, dan nyeri neuropatik.

a) Nyeri akut

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Pada akhirnya nyeri akut adakan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh. Hal tersebut dikarenakan nyeri akut dapat diprediksi waktu penyembuhannya dan penyebabnya dapat diidentifikasi.

b) Nyeri kronis

Nyeri Kronis berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh. Sifat dari nyeri kronis adalah konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu dengan intensitas yang bervariasi. Dalam pemeriksaan tanda vital sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Respon psikologi yang sering dialami oleh pasien dengan nyeri kronis adalah seperti rasa keputusasaan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik pada aktivitas fisik.

Contoh dari nyeri kronis adalah nyeri kanker, artritis dan neuralgia trigeminal.

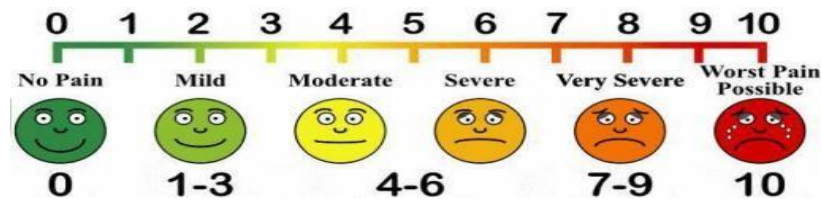
- c) Nyeri kutaneus : berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kerta yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah contoh dari nyeri kutaneus.
 - d) Nyeri somatik profunda : berasal dari ligament, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri ini menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan kutaneus.
 - e) Nyeri visceral : berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Nyeri visceral cenderung menyebar dan seringkali terasa seperti rasa terbakar, nyeri tumpul, atau merasa tertekan. Nyeri visceral seringkali disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia, atau spasme otot.
 - f) Nyeri menjalar, adalah nyeri yang dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan
 - g) Nyeri tak tertahankan, adalah nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satunya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut.
 - h) Nyeri neuropatik, adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu. Nyeri dapat digambarkan sebagai rasa terbakar, nyeri tumpul, dan nyeri tumpul yang berkepanjangan (Hawthron & Redmond dalam Kozier, et all. 2021)
 - i) Nyeri bayangan, adalah sensasi nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang (mis, kaki yang telah diamputasi). Sensasi bayangan, yaitu perasaan bahwa bagian tubuh yang telah hilang masih ada.
- g. Alat ukur nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan

individual, kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

1) *Face Rating Scale (FRS)*

Pengukuran intensitas nyeri dapat menggunakan face ratingscale yaitu terdiri enam wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” hingga wajah yang menangis untuk “nyeri berat”.

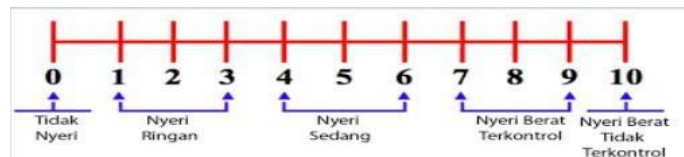


Gambar 2.3 Face Rating Scale

Sumber: (Zakiyah, 2015)

2) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas terapeutik (Zakiyah, 2015).



Gambar 2.4 Numeric Rating Scale

Sumber: (Zakiyah, 2015)

Tabel 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10

Skala	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada rasa sakit dan merasa normal
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti suntikan oleh dokter

Skala	Karakteristik Nyeri
4	Nyeri yang dalam, dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
5	Rasa nyeri yang menusuk, tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit, seperti kaki terkilir
6	Rasa nyeri dalam dan menusuk, tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bisa bekerja
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselangai istirahat/tidur anda masih bisa bekerja
8	Nyeri akut dan lama, beberapa aktivitas fisik terbatas. Anda masih bisa membaca dan berbicara dengan usaha. Merasakan mual dan pusing kepala/pening
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang, dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, mengigau
10	Tidak sadrkan diri/pingsan

Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomer 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 menyatakan “tidakada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu.

h. Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non-farmakologi dan farmakologi.

a. Penatalaksanaan farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/ pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Helmi, 2020).

1) Analgesik

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik yaitu :

- a) Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID) Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya

menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan episiotomy.

- b) Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.
- c) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesi

b. Penatalaksanaan non-farmakologi

Penatalaksanaan non-farmakologi menurut Nur'aeni (2021), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan. Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi (Noorisa, 2020).

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Tamsuri (2021) terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1) Teknik distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Jenis Teknik Distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) Distraksi visual dan audio visual cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukaiseperti menonton animasi animasi.
- b) Distraksi pendengaran seperti mendengarkan music, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemercik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.
- c) Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan mundur 4 – 1 dan kemudian mengeluarkan nafas melalui mulut secara perlahan dengan menghitung mundur 4 – 1 (dalam hati). Anjurkan pasien untuk fokus pada irama pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan, teknik ini di lakukan hingga terbentuk pola pernafasan yang ritmik
- d) Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e) Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta

berangsur- angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imaginasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

Guided imagery adalah teknik yang mempelajari kekuatan pikiran saat sadar atau tidak sadar untuk menciptakan bayangan/imajinasi yang menghadirkan ketenangan dan kesunyian. Efek *guided imagery* menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada rasa sakit ke hal hal yang membuatnya senang dan bahagia dan melupakan rasa sakit yang dialaminya. *Guided imagery* merupakan suatu teknik dengan menganjurkan pasien untuk mengalihkan pikirannya terhadap sesuatu yang indah sesuai dengan interuksi perawat sehingga nyeri yang dialami pasien akan hilang atau berkurang.

2) Teknik relaksasi

Menurut Tamsuri (2021) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsurangsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Asti Aristi, 2021).

Tujuan teknik relaksasi) antara lain :

- a) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
- b) Penurunan konsumsi oksigen.
- c) Penurunan ketegangan otot.
- d) Penurunan kecepatan metabolisme.
- e) Peningkatan kesadaran secara umum.

- f) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
- g) Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
- h) Perasaan damai dan sejahtera.
- i) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.

Dari banyaknya terapi relaksasi, salah satu yang digunakan untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi hemoroidektomi yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

3) Teknik stimulasi kulit

Tehnik stimulasi kulit yang digunakan adalah kompres dingin ataupun kompres hangat.

2. Konsep Dasar Hemoroidektomi

a. Pengertian hemoroidektomi

Menurut Rezkita (2020) Hemoroid atau wasir atau yang biasa disebut ambeien oleh masyarakat awam merupakan lesi pada anorectal yang paling sering ditemukan. Hemoroid berasal dari bahasa Yunani yakni haema (darah) dan rhoos (mengalir), yang dalam medis berarti pelebaran pembuluh darah yang terkadang disertai dengan pendarahan. Dilatasi ini sering terjadi seiring

dengan bertambahnya usia seseorang, dimana usia puncaknya adalah 45-65 tahun. Sekitar setengah dari orang-orang yang berumur 50 tahun pernah mengalami hemoroid.

Penyakit hemoroid adalah gangguan anorektal yang mempunyai gejala perdarahan dan penonjolan saat defekasi (Fauzi & Martianus, 2022). Menurut Surya dan Sueta (2022), Hemoroid adalah dilatasi varikosis vena atau pelebaran pembuluh darah vena dari pleksus hemorrhoidal inferior dan superior, dikarenakan peningkatan tekanan pembuluh vena. Di bawah atau di luar linea dentate pelebaran vena yang berada dibawah kulit (subkutan) disebut hemoroid eksterna. Sedangkan di atas atau di dalam linea dentate pelebaran vena yang berada di bawah mukosa (submukosa) disebut hemoroid interna (Lianatama, 2017).

Suatu tindakan pembedahan dan cara pengangkatan pleksus hemoroidalis dan mukosa atau tanpa mukosa yang hanya dilakukan pada jaringan yang benar-benar berlebih (Fery, 2020).

Menurut Pradiantini (2021) Hemoroid dibedakan menjadi 2 bagian yaitu hemoroid eksterna dan hemoroid interna berdasarkan letaknya dari garis mukokutan (garis dentata). Hemoroid eksterna timbul dari pelebaran dan inflamasi vena subkutan (di bawah kulit) di bawah atau di luar garis dentate.

b. Etiologi hemoroidektomi

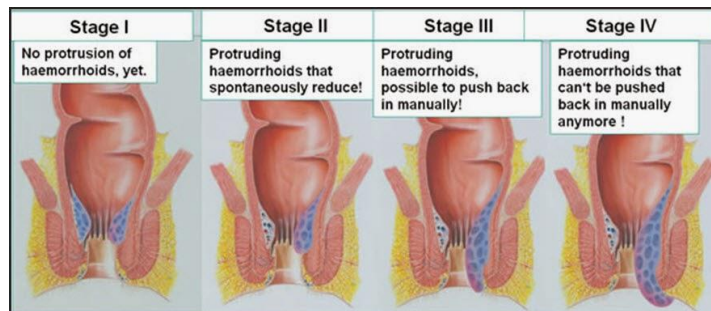
Menurut (Sudoyo Aru, dkk 2011). Hemoroid timbul karena dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor-faktor risiko/pencetus, seperti:

- 1) Mengedan pada buang air besar yang sulit
- 2) Pola buang air besar yang salah (lebih banyak menggunakan jamban duduk, lebih lama duduk dijamban sambil membaca,merokok)
- 3) Peningkatan penekanan intra abdomen karena tumor (tumor udud, tumor abdomen).

- 4) Kehamilan (disebabkan tekanan jenis pada abdomen dan perubahan hormonal)
- 5) Usia tua
- 6) Konstipasi kronik
- 7) Diare akut yang berlebihan dan diare kronik
- 8) Hubungan seks peranal
- 9) Kurang minum air putih makan makanan berserat (sayur dan buah)
- 10) Kurang olahraga/imobisasi

Berdasarkan gambaran klinis hemoroid internal dibagi atas:

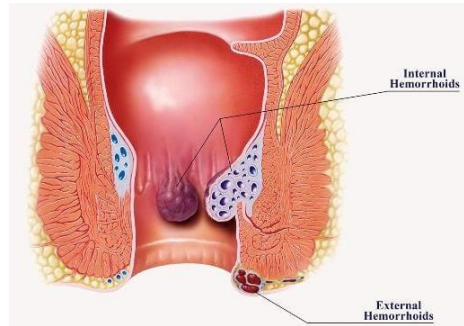
- 1) Derajat 1 : Pembesaran hemoroid yang tidak prolaps ke luar kanal anus, hanya dapat dilihat dengan anorektoskop
- 2) Derajat 2 : Pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan.
- 3) Derajat 3 : Pembesaran hemoroid yang prolapse dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari
- 4) Derajat 4 : Prolaps hemoroid yang permanen. Rentan dan cenderung untuk mengalami thrombosis dan infark



Gambar 2.1
Klasifikasi Derajat Hemoroid

Secara anoskopi hemoroid dapat dibagi atas:

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



Gambar 2.2
Hemoroid

c. Manifestasi klinis

Menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2016) tanda dan gejala pada hemoroid yaitu :

- 1) Rasa gatal dan nyeri, bersifat nyeri akut. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan yang berlangsung sangat singkat.
- 2) Pendarahan berwarna merah terang pada saat pada saat BAB.
- 3) Pada hemoroid eksternal, sering timbul nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh thrombosis (pembekuan darah dalam hemoroid) sehingga dapat menimbulkan iskemia dan nekrosis pada area tersebut.

d. Patofisiologi

Hemoroid dapat terjadi pada individu yang sehat. Hemoroid umumnya menyebabkan gejala ketika mengalami pembesaran, peradangan atau prolapse sebagian besar penulis setuju bahwa diet rendah serat menyebabkan bentuk fases menjadi kecil, yang bias menyebabkan kondisi mengejan selama BAB peningkatan tekanan ini menyebabkan pembengkakan dari hemoroid, kemungkinan gangguan venous return. Hemoroid eksterna diklasifikasi sebagai akut dan kronis. Bentuk akut berupa pembekakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan suatu hematoma. Trombosis akut

biasa berkaitan dengan peristiwa tertentu seperti tenaga fisik, berusaha dengan mengejan, diare atau perubahan dalam diet. Kondisi hemoroid eksternal memberikan manifestasi kurang higienis akibat kelembaban dan rangsangan akumulasi mukus. Keluarnya mukus dan terdapat feses pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid yang mengalami prolapse menetap (Brunner & Suddarth, 2016).

Menurut (Nugroho, 2011) Hemoroid dapat disebabkan oleh tekanan abdominal yang mampu menekan vena hemoroidal sehingga menyebabkan dilatasi pada vena, dapat dibagi menjadi 2, yaitu Interna dan Eksterna. Yang pertama Interna (dilatasi sebelum spinter) yang ditandai dengan bila membesar baru nyeri, bila vena pecah BAB berdarah sehingga dapat menyebabkan anemia. Eksterna (dilatasi sesudah spinter) ditandai dengan nyeri dan bila vena pecah BAB berdarah-trombosit-inflamasi. Hemoroid dapat terjadi pada individu yang sehat. Hemoroid umumnya menyebabkan gejala ketika mengalami pembesaran, peradangan, atau prolapse. Diet rendah serat menyebabkan bentuk feses menjadi kecil yang bisa menyebabkan kondisi mengejan selama BAB, peningkatan tekanan ini menyebabkan pembengkakan dari hemoroid (Muttaqin, 2011).

e. Indikasi tindakan hemoroidektomi

Penderita dengan keluhan menahun dan hemoroid derajat III dan IV. Perdarahan berulang dan anemia yang tidak sembuh dengan terapi lain yang lebih sederhana. Hemoroid derajat IV dengan thrombus dan nyeri hebat (Fery, 2020).

f. Kontraindikasi hemoroidektomi

Kontra indikasi operasi, Hemoroid derajat I dan II, Penyakit Chron's, Karsinoma rectum yang inoperable, Wanita hamil, Hipertensi portal. (Fery, 2020).

g. Komplikasi hemoroidektomi

Komplikasi yang mungkin akan terjadi setelah tindakan operasi yaitu perdarahan, thrombosis, dan strangulasi hematoma (hemoragi) dan infeksi post operasi. pasien post hemoroidektomi dapat mengalami risiko perdarahan, nyeri akibat pembedahan, cemas akibat nyeri pasca pembedahan, kerusakan integritas kulit, risiko infeksi, dan risiko konstipasi. Pasien post hemoroidektomi umumnya mengalami nyeri terutama pada saat duduk karena adanya tindakan insisi disekitar anusnya (Fery, 2020).

h. Konsep nyeri hemoroidektomi

Sering mengejan, duduk, kurang makanan berserat menjadi penyebab hemoroid terjadi pelebaran vena hemoroidalis di rektal, sehingga dilakukan hemoroidectomy, tindakan tersebut menyebabkan luka insisi di daerah anus. Luka tersebut terjadi diskontinuitas jaringan dimana ujung saraf mengalami kerusakan menimbulkan stimulus nyeri, stimulus tersebut akan merangsang enzim sikloosigenase, rangsangan tersebut dibawa oleh saraf sensorik perifer menuju sumsum tulang belakang ke otak dipersepsikan sebagai nyeri. Pasien post hemoroidektomi biasanya sering berbaring di tempat tidur karena merasakan nyeri ketika bergerak, sehingga terjadi kekakuan otot dan terganggunya mobilisasi. Disamping itu, luka setelah operasi dapat menjadi port de entri kuman menyebabkan resiko infeksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

B. Konsep Asuhan Keperawatan Hemoroidektomi

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali membaik.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi

tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

a. Identitas pasien

Identitas Pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, no rekam medis.

b. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada area perianal, mengeluh lemah, sulit tidur dan terdapat perdarahan segar pada anus saat defekasi. Pada pasien post Hemoroidektomi biasanya mengalami keluhan utama berupa rasa nyeri hebat pada bagian anusnya akibat tindakan pembedahan.

- 1) *Provokatif* : Penyebab yang memperberat dan mengurangi
- 2) *Quality* : Dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya dan berapa banyak.
- 3) *Region* : Lokasi dimana dan penyebarannya
- 4) *Scale* : Intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktifitas
- 5) *Timing* : Kapan keluhan tersebut muncul berapa lama dan bersifat (tiba-tiba, sering dan bertahap)

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Perdarahan saat defekasi, terasa gatal pada anus, perasaan lemah, kadang disertai diare ataupun konstipasi. Pasien mengeluh BAB keras, tidak teratur dan bila mengedan terasa nyeri, pasien mengeluh adanya varises atau Hemoroid yang keluar dari anus saat defekasi (Sagitha, 2020).

Pasien yang varises berat tidak dapat memasukan sendiri secara spontan tetapi harus didorong kembali sedangkan varises sedang bisa masuk sendiri, untuk yang tidak dapat masuk maka akan terjadi pembengkakan dan kemerahan pada anus (Sagitha, 2020).

2) Riwayat kesehatan lalu

Pengkajian predisposisi seperti, riwayat menderita penyakit ini sebelumnya, genetik, pola aktivitas, makanan dan perlu didokumentasikan. Anamnesis penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian profetik. Pasien tidak pernah menderita penyakit ini sebelumnya, atau kemungkinan pasien pernah menderita penyakit seperti ini dan kemudian kambuh (Sagitha, 2020).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Baik pria dan wanita memiliki resiko terkena hemoroid. Pada pria yang terkena hemoroid, terjadi pada orang yang sering mengangkat beban berat, mengejan terlalu kuat saat BAB, pada wanita lebih banyak menyerang wanita hamil memiliki resiko yang lebih tinggi terkena hemoroid karena tekanan dari rahimnya dengan teknik mengejan yang tidak benar pada saat melahirkan normal.

4) Riwayat psikososial

Gejala riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, factor stress multiple. Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, muka tegang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara. Riwayat spiritual Pada riwayat spiritual bila dihubungkan dengan kasus hemoroid belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

5) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Pasien nampak lemah meringis

Tanda-tanda vital : Suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi normal.

Data yang dapat ditemukan dalam proses pemeriksaan fisik pada pasien post Hemoroidektomi (Sagitha, 2020)

a) Sistem pernafasan

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

b) Sistem kardiovaskuler

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

c) Sistem pencernaan

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

d) Sistem genitourinaria

Sistem genitourinaria kemungkinan pada pasien post Hemoroidektomi ditemukan perubahan eliminasi urinarius berhubungan dengan rasa takut nyeri post operasi.

e) Sistem musculoskeletal

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

d. Aktivitas sehari-hari

1) Aktivitas

Gejala: Kelemahan, mengalami nyeri pada area anus

2) Eliminasi

Gejala: Konstipasi, mengalami kesulitan untuk BAB

3) Makanan dan cairan

Gejala: Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, kolesterol serta makanan dengan kandungan tinggi kalori. Kurangnya asupan makanan yang mengandung serat.

e. Pemeriksaan penunjang

- 1) Anoskopi : Pemeriksaan anoskopi diperlukan untuk melihat hemoroid interna struktur vascular yang mengalami prolaps ke dalam lumen.
- 2) Kolonoskopi : untuk mengetahui jaringan abnormal, inflamasi, polip didalam kolon dan rektum.
- 3) Sigmoidoskopi : untuk mengevaluasi kondisi kolon, sigmoid dan rektum.
- 4) Digital *Rectal Examination*: untuk menegakan adanya masalah pada prostat dan rektum.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah memungkinkan anda sebagai perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu diagnosis keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

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

a. Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2.4 Diagnosis Keperawatan Nyeri Akut

<p>Definisi Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>
<p>Penyebab</p>

1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1) Mengeluh nyeri	Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (<i>tidak tersedia</i>)	Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait	
1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom koroner akut 5) Glaukoma	

b. Risiko infeksi (D.0142)

Tabel 2.5 Diagnosis Keperawatan Risiko Infeksi

Definisi Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
Faktor Risiko : Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah: <ol style="list-style-type: none"> 1) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2) Efek prosedur invasif 3) Malnutrisi 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer <ol style="list-style-type: none"> a) gangguan peristaltik; b) Kerusakan integritas kulit; c) Perubahan sekresi pH; d) Penurunan kerja siliaris; e) Ketuban pecah lama; f) Ketuban pecah sebelum waktunya; g) Merokok; h) Statis cairan tubuh.

<p>6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</p> <ol style="list-style-type: none"> Penurunan hemoglobin; Imunosupresi; Leukopenia; Supresi respon inflamasi; Vaksinasi tidak adekuat
<p>Kondisi Klinis Terkait :</p> <ol style="list-style-type: none"> AIDS Luka bakar PPOK Diabetes mellitus Tindakan invasive Kondisi penggunaan terapi steroid Penyalahgunaan obat Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW) Kanker Gagal ginjal Imunosupresi <i>Lymphedema</i> Leukositopenia Gangguan fungsi hati

c. Konstipasi (D.0049)

Tabel 2.6 Diagnosis Keperawatan Konstipasi

<p>Definisi Konstipasi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.</p>
<p>Diagnosis Keperawatan Konstipasi</p>
<p>Penyebab</p> <p><i>Fisiologis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Penurunan motilitas gastrointestinal Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi Ketidacukupan diet Ketidacukupan asupan serat Ketidacukupan asupan cairan Aganglionik (mis: penyakit hirsprung) Kelemahan otot abdomen <p><i>Psikologis</i></p>

1) Konfusi 2) Depresi 3) Gangguan emosional <i>Situasional</i> 1) Perubahan kebiasaan makan (mis: jenis makanan, jadwal makan) 2) Ketidakadekuatan toileting 3) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan 4) Penyalahgunaan laksatif 5) Efek agen farmakologis 6) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi 7) Kebiasaan menahan dorongan defekasi 8) Perubahan lingkungan	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2) Pengeluaran feses lama dan sulit	Objektif 1) Feses keras 2) Peristaltik usus menurun
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif 1) Mengejan saat defekasi	Objektif 1) Distensi abdomen 2) Kelemahan umum 3) Teraba massa pada rektal
Kondisi Klinis Terkait	
1) Lesi/cedera pada medulla spinalis 2) Spina bifida 3) Stroke 4) Sklerosis multiple 5) Penyakit Parkinson 6) Demensia 7) Hiperparatiroidisme 8) Hipoparatiroidisme 9) Ketidakseimbangan elektrolit 10) Hemoroid 11) Obesitas 12) Paska operasi obstruksi bowel 13) Kehamilan 14) Pembesaran prostat 15) Abses rektal 16) Fisura anorektal 17) Striktura anorektal 18) Prolaps rektal 19) Ulkus rektal 20) Rektokel 21) Tumor 22) Penyakit Hirschprung 23) Impaksi feses	

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri

Manajemen Nyeri (I.08238)
Definisi
Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.
Tindakan
Observasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon 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 keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik
Terapeutik
<ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
Edukasi

<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Resiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif post pembedahan (SDKI D.0142)

Tujuan : Tingkat Infeksi (L.14137), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat infeksi

pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Pencegahan Infeksi

Pencegahan Infeksi (I.14539)
Definisi
Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.
Tindakan
Observasi
1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Terapeutik
<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 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

- c. Konstipasi berhubungan dengan kebiasaan menahan dorongan defekasi (SDKI D.0049)

Tujuan : Eliminasi Fekal (L.04033), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 3) Mengejan saat defekasi menurun
- 4) Konsistensi feses membaik
- 5) Frekuensi BAB membaik
- 6) Peristaltik usus membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Manajemen Eliminasi Fekal

Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)
Definisi
Manajemen eliminasi fekal adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal.
Tindakan
Observasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3) Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi
Terapeutik
<ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan air hangat setelah makan 2) Jadwalkan waktu defekasi 3) Bersama pasien Sediakan makanan tinggi serat
Edukasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 4) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi non-farmakologis berupa teknik relaksasi nafas dalam dan terapi *guided imagery* yang berhubungan dengan prosedur pasien post operasi hemoroidektomi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi teknik relaksasi nafas dalam dan terapi *guided imagery*: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

C. Konsep Relaksasi Nafas Dalam

1. Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan

perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

2. Tujuan Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2017).

3. Manfaat Relaksasi Nafas Dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentrangan hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

4. Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Persepsi Nyeri

Teknik relaksasi napas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui tiga mekanisme yaitu:

- a. Dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan insisi (trauma) jaringan saat pembedahan
- b. Relaksasi otot skelet akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami trauma sehingga mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan (menghilangkan) sensasi nyeri
- c. Teknik relaksasi napas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin
(Smeltzer & Bare, 2010)

5. Prosedur Tindakan Relaksasi Nafas Dalam

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam menurut Wardani (2015) sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- j. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan.

D. Konsep Terapi *Guided Imagery*

1. Pengertian *Guided Imagery*

Guided imagery adalah teknik yang mempelajari kekuatan pikiran saat sadar atau tidak sadar untuk menciptakan bayangan/imajinasi yang menghadirkan

ketenangan dan kesunyian. Efek *guided imagery* menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada rasa sakit ke hal hal yang membuatnya senang dan bahagia dan meluapkan rasa sakit yang dialaminya. *Guided imagery* merupakan suatu teknik dengan menganjurkan pasien untuk mengalihkan pikirannya terhadap sesuatu yang indah sesuai dengan interuksi perawat sehingga nyeri yang dialami pasien akan hilang atau berkurang.

2. Tujuan *Guided Imagery*

Menurut (Rismayani, 2019) tujuan dari *guided imagery* :

- a. Memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh dan melibatkan semua indera (sentuhan, visual, penciuman, pengelihatian, dan pendengaran). Sehingga terbentuk ketenangan pikiran, tubuh, dan jiwa
- b. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit.
- c. Mengurangi tingkat nyeri, stress dan gejala yang menyertai stress
- d. Menggali pengalaman pasien depresi.

3. Manfaat *Guided Imagery*

Guided imagery secara umum mempunyai elemen yang sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien kearah relaksasi. Tujuan dari teknik *guided imagery* ini adalah menimbulkan respon psikologis yang sangat kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Rismayani, 2019). Manfaat dari *guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri. Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu, oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan menyenangkan. Banyak manfaat yang didapat dan menerapkan prosedur *guided imagery* di antaranya:

- a. mengurangi stress dan kecemasan
- b. mengurangi nyeri
- c. mengurangi efek samping

- d. mengurangi tekanan darah tinggi
- e. mengurangi level gula darah (diabetes)
- f. mengurangi alergi dan gejala gangguan pernafasan
- g. mengurangi sakit kepala

Guided imagery dapat membangkitkan perubahan neurohormona dalam tubuh yang menyerupai perubahan yang terjadi ketika suatu peristiwa sebenarnya terjadi. Hal ini bertujuan untuk membangkitkan keadaan relaksasi psikologis dan fisiologis untuk meningkatkan perubahan yang menyembuhkan ke seluruh tubuh (Rismayanti, 2019).

4. Indikasi dan Kontraindikasi *Guided Imagery*

Aplikasi klinis *guided imagery* yaitu sebagai penghancur sel kanker, untuk mengontrol dan mengurangi nyeri, serta untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. *guided imagery* juga membantu dalam pengobatan seperti: asma, hipertensi, gangguan fungsi kandung kemih, sindrom pre menstruasi dan menstruasi. Indikasi dari *guided imagery* adalah semua pasien yang memiliki pikiran menyimpang dan mengganggu perilaku (maladaptif). Misalnya *over generalization*, stress cemas, depresi, rasa nyeri, hipokondria, dan lainnya (Rismayani, 2019).

Guided imagery merupakan salah satu strategi nonfarmakologi penatalaksanaan nyeri. Namun *guided imagery* tidak selalu sesuai untuk semua pasien. Kemampuan kognitif harus dipertimbangkan sebelum dilakukan *guided imagery*. Walaupun *guided imagery* memberikan banyak manfaat, akan tetapi tidak semua orang boleh melakukan *guided imagery*. Beberapa diantaranya pada seseorang dengan emosi yang tidak stabil, memiliki keterbatasan intelegensi, atau yang karena suatu dan lain hal tidak dapat menerima kenyataan. *Guided imagery* membutuhkan kemampuan seseorang untuk mencerna dan fokus pada semua instruksi yang ada pada script (Nuwa, 2018)

5. Mekanisme Kerja *Guided Imagery*

Relaksasi dengan teknik *guided imagery* akan membuat tubuh lebih rileks dan nyaman, dengan melakukan nafas dalam secara perlahan tubuh akan menjadi lebih rileks, perasaan rileks diteruskan ke hipotalamus untuk menghasilkan *Corticotropin Releasing Factor* (CRF). Selanjutnya CRF merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan *Proopiomelanocortin* (POMC) sehingga produksi enkephalin oleh medulla adrenal meningkat. Kelenjar pituitary juga menghasilkan endorfin sebagai neurotransmitter yang dapat mempengaruhi suasana hati menjadi rileks.

Imajinasi terbimbing atau *guided imagery* merupakan suatu teknik yang menuntut seseorang untuk membentuk sebuah bayangan/imajinasi tentang hal hal yang disukai. Imajinasi yang terbentuk akan diterima sebagai rangsangan oleh alat indera, kemudian rangsangan tersebut akan dijalankan ke batang otak menuju sensor thalamus. Di thalamus rangsangan itu di transmisikan ke amigdala dan hipokampus sekitarnya dan sebagai besar kagi dikirim ke korteks serebi, kemudian di korteks serebri terjadi proses asosiasi pengindraan dimana rangsangan di analisis, dipahami dan disusun menjadi sesuatu yang nyata sehingga otak mengenali objek dan arti kehadiran tersebut (Kolva *et al.*, 2022). Melalui relaksasi nafas dalam secara perlahan akan meningkatkan enkephallin dan endorphin dan dengan adanya rangsangan berupa bayangan tentang hal hal yang disukai, akan merasa lebih *rileks* dan nyaman.

6. Langkah-Langkah *Guided Imagery*

Teknik *guided imagery* dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya dengan cara pasien diminta secara perlahan menutup matanya dan focus pada nafas mereka, lalu klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memberi bayangan yang dapat membuat damai dan tenang dalam pikiran klien (Rismayani, 2019). Langkah-langkah dalam melakukan *guided imagery* yaitu:

- a. Persiapan: pada tahap ini mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, dimana lingkungan ini harus bebas dari distraksi dengan tujuan untuk memfokuskan imajinasi yang dipilih.
- b. menimbulkan relaksasi: Panggil klien dengan panggilan nama yang disukai, biara dengan jelas, nada suara tenang. Meminta subyek untuk tarik nafas dalam dan perlahan untuk relaksasi. Selanjutnya dorong klien untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan, dorong klien untuk menggunakan semua inderanya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan tersebut.
- c. menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditemukan oleh bayangan: Arahkan klien mengeksplorasi respon terhadap bayangan karena akan memungkinkan klien memodifikasikan imajinasinya. Respon negative dapat diarahkan kembali untuk memberikan hasil akhir yang positif. Berikan umpan balik kepada klien secara berkelanjutan dengan memberi komentar pada tanda-tanda relaksasi dan ketraman.

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.4 Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
1	Meta-Analisis Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Rasa Nyeri Pada Pasien Post Operasi (Nugroho & Sutriyono, 2023)	D : Penelitian merupakan penelitian <i>systematic review</i> dan meta-analysis dengan menggunakan diagram PRISMA. Desain studi <i>randomized controlled trial</i> . S : Artikel yang digunakan berasal dari 3 database, yaitu: PubMed dan Google Scholar. Dengan kata kunci antara lain " <i>breath relaxation</i> " and " <i>pain</i> " dan " <i>postoperative patient</i> " dan " <i>randomized controlled trial</i> ". Artikel dianalisis	Menunjukkan bahwa tidak relaksasi napas meningkatkan kemungkinan terjadinya nyeri pada pasien post operasi. Pasien post operasi yang tidak relaksasi napas meningkatkan nyeri sebesar 1.18 kali dibandingkan dengan pasien post operasi yang melakukan relaksasi napas (SMD= 1.18; CI 95% = -1.25 hingga 3.62; p=0.34). Meta-analisis

		menggunakan digram PRISMA dan aplikasi <i>Review Manager 5.3</i> . 5 artikel dari tahun 2018 – 2022. V : Relaksasi nafas dalam, Nyeri post operasi A : -	dari 5 studi <i>randomized controlled trial</i> menyimpulkan bahwa tidak melakukan relaksasi napas meningkatkan nyeri pada pasien post operasi.
2	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Partum Sectio Caesarea Di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Sukabumi (Susilawati dkk., 2022)	D : <i>Quasi eksperimen pretest-posttest control group design</i> . S : 36 responden, yaitu 18 responden pada kelompok kontrol, dan 18 responden pada kelompok intervensi. V : Relaksasi Nafas Dalam, Nyeri Post <i>Sectio Caesarea</i> A : Uji Wilcoxon dan uji <i>Mann-Whitney</i> .	Hasil uji statistik diperoleh nilai P value uji Wilcoxon dan Uji <i>Mann-Whitney</i> 0.000 maka $P < 0.05$ yang menunjukkan terdapat pengaruh dan perbedaan teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post partum sectio caesarea. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pasien post partum <i>sectio caesarea</i> .
3	Penerapan Terapi Guided Imagery Terhadap Perubahan Skala Nyeri Post Sectio Caesarea Di Ruang Cempaka RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen (Latifah dkk., 2023).	D : Metode deskriptif dengan <i>study case</i> . S : 2 pasien <i>post section caesarea</i> . V : Terapi <i>guided imagery</i> . A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Terapi <i>guided imagery</i> berpengaruh terhadap perubahan skala nyeri post <i>sectio caesarea</i> sehingga nyeri akut yang dialami ibu dapat berkurang. Pasien 1 dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 3 dan Pasien 2 dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2. Kesimpulan; Terapi <i>guided imagery</i> pada pasien post <i>sectio caesarea</i> dengan nyeri akut secara efektif mampu mengurangi nyeri SC dan dapat dikembangkan penelitian selanjutnya.
4	Pengaruh Teknik Relaksasi <i>Guided Imagery</i> Terhadap penurunan Nyeri Pada	D : <i>Pre eksperimental</i> dengan menggunakan	sebelum dilakukan terapi, seluruh pasien mengalami nyeri sedang (100%)

	Pasienpost Operasi Di Ruang Asparaga RSUD Dr. Haryoto Lumajang (Savfaringga dkk., 2020)	rancangan <i>one-grup pra-test post-test design</i> . S : Teknik sampling <i>purposive sampling</i> dengan jumlah sampel 29 pasien,. V : Terapi <i>guided imagery</i> . A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi. Uji Wilcoxon.	dengan rentang skala nyeri 4-5. Setelah diberi terapi, didapatkan hasil efektif pada seluruh pasien dengan menurunnya skala nyeri menjadi ringan (100%) dengan rentang skala nyeri 1-2. Berdasarkan penghitungan sebelum hingga setelah terapi menggunakan uji statistik <i>Wilcoxon Signed Rank</i> dengan nilai taraf signifikan <0,05, diperoleh hasil $p = 0,000$.
5	Pemberian Terapi <i>Guided Imagery</i> terhadap Pasien dengan Nyeri dan Ansietas Post Operasi Fraktur <i>Collum Humerus</i> (Khasanah & Syahruramdhani, 2023)	D : <i>Case report</i> S : Satu pasien post operasi. V : Terapi <i>guided imagery</i> , nyeri. A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.	Hasil studi kasus ini menunjukkan setelah dilakukan intervensi <i>guided imagery</i> selama 3 hari terdapat penurunan Numeric Pain Scale dari 7 (nyeri sedang) menjadi 3 (nyeri ringan) dan penurunan skor Beck Anxiety Inventory dari 11 (gangguan kecemasan ringan) menjadi 5 (gangguan kecemasan minimal).