

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

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

a. Kebutuhan fisiologis

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

b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman.

Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya.

c. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki.

Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka,

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

d. Kebutuhan harga diri

Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan.

Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna.

Apabila kebutuhan harga diri dan penghargaan dari orang lain tidak terpenuhi, orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri. Beberapa contoh kebutuhan cinta dan dicintai, jika kebutuhan akan cinta atau keamanan tidak terpenuhi secara memuaskan, kebutuhan akan harga diri juga terancam. Perlu diingat bahwa seseorang yang memiliki harga diri yang baik, akan memiliki kepercayaan diri yang baik pula. Dengan demikian ia akan lebih produktif. Harga diri yang sehat dan stabil tumbuh dari penghargaan yang wajar/sehat dari orang lain, bukan karena keturunan, ketenaran, atau sanjungan yang hampa.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

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

2. Konsep Kebutuhan Dasar Nyeri

a. Definisi kebutuhan dasar nyeri

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan. Seorang ahli teori nyeri yang terkenal Maro McCaffery menyatakan dalam makalah klasiknya bahwa "nyeri adalah apapun yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya sebagai nyeri, ada kapanpun individu tersebut mengatakan ada

(Kowalski & Rosdahl, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seseorang individu (Haswita & Sulistyowati),

b. Fisiologi Nyeri

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

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

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

c. Klasifikasi Nyeri

1) Jenis nyeri

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

a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

Nyeri superfisial, rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa. Nyeri visceral, rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks. Nyeri alih, rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus.

c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

2) Bentuk Nyeri

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

d. Manifestasi klinik nyeri

1) Nyeri akut

Tanda mayor: pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap proteksi, gelisah, frekuensi, nadi meningkat, sulit tidur Tanda minor: pasien merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri.

2) Nyeri kronis

Tanda mayor : pasien mengeluh nyeri dan merasa tertekan, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Tanda minor : pasien merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap proteksi, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri

e. Faktor yang mengaruhi nyeri

menurut haswita dan Reni sulistyowati, 2017) faktor yang mempengaruhi nyeri dikelompokkan menjadi :

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengespresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen ilmiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas.

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat, reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin.

3) Kebudayaan

Kebudayaan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang di terima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda. Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

5) Ansies

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan sietas. Pola bangkit anotom adalah sama dengan nyeri dan ansietas. Ansietas yang berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara dapt menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas

6) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sakit sedikit lebih gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkandengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

7) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempegaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri dan menjalankan perawatan dirumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secaraa terus menerus pasien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri.

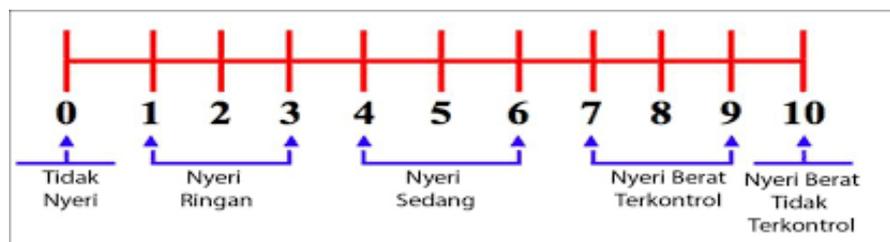
2.1 Tabel Perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis

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

Sumber: (Haswita & Sulistyowati,2017)

d. Pengukuran Intensitas Nyeri

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



Sumber: (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Gambar 2.1
Skala Nyeri Numeric

2) Skala nyeri menurut Me Gill

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

0 = Tidak nyeri

1- Nyeri ringan

2 = Nyeri sedang

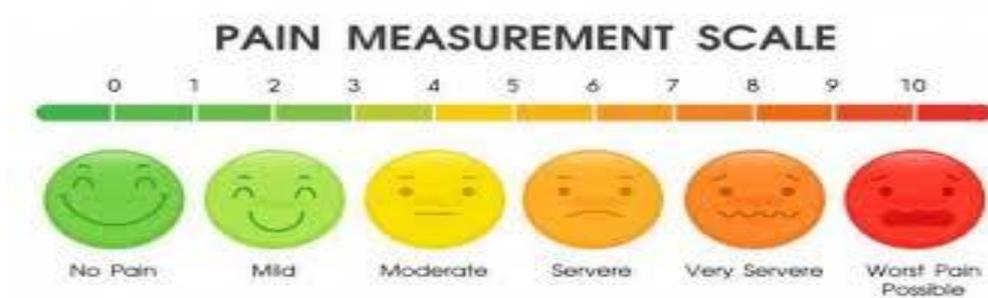
3 = Nyeri berat atau parah

4= Nyeri sangat berat

5= Nyeri hebat

3) Skala wajah atau wong-baker faces rating scale

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



Sumber:(Haswita & Sulistyowati,2017)

Gambar 2.2
Skala Wajah

f. Masalah pada kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri)

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

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

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan gambaran dari hubungan antara pasien dan perawat, identitas dan peran profesionalitas perawat dan pengembangan pengetahuan perawat. Antusiasme perawat dalam menerima tantangan baru dalam memberikan pelayanan telenursing sangat tinggi, hal tersebut dapat berdampak pada. Kemampuan meningkatkan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien (minannisa,2019)

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.

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

a. Tahap pengkajian

1) Identitas pasien

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

2) Keluhan utama

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

3) Riwayat kesehatan sekarang

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

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

P (paliative/penyebab): apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri, apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik apakah yang dilakukan jika saki/nyeri timbul, apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q (qualioyualitas): rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien (apakah rasa nyerinya tajam, sakit seperti diremas, menckan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk).

R (region/penyckbaran): lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepatolch klien (apakah rasa sakit bisa reda, menjalar, atau menyebar)

S (severiy/skala): sebesar apa rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri/gradasi dan kien menerangkan sejauh mana rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.

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

4) Riwayat keschatan masa lalu

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

5) Riwayat kesehatan keluarga

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana riwayat kesehatan yang dimiliki pada satu anggota keluarga, apakah menderita penyakit

seperti yang dialami pasien atau mempunyai penyakit degeneratif (Budiono & Pertami, 2016).

6) Pola nutrisi dan metabolik

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

7) Pola eliminasi

Data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar sebelum sakit dan saat sakit, pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit. Biasanya pada pasien post operasi hemoroid pola eliminasinya berubah seperti terasa nyeri saat buang air besar dan jarang buang air besar (Budiono & Pertami, 2016).

8) Pola aktivitas dan latihan

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

9) Pola tidur dan istirahat

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

10) Pengkajian fisik

- a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: komposmentis, apatis, somnolen, sopor, coma dan GCS (glasglow coma scale)
- b) Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratori rate
- c) Pemeriksaan kepala dan leher
- d) Pemeriksaan thorax:

(1) Inspeksi yaitu tahapan yang bertujuan melihat bagian tubuh dan menentukan apakah seseorang mengalami kondisi normal atau tidak normal.

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

- h) Pemeriksaan penunjang meliputi data laboratorium yaitu pemeriksaan darah lengkap.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan pada masalah rasa aman nyaman (nyeri), dalam buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI T. P., 2017) yaitu:

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

Tabel 2.2
diagnosa keperawatan rasa aman nyaman nyeri

No	Diagnosis	Penyebab/ factor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	Gangguan rasa nyaman Definisi: perasaan kurang senang lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan Dan social	Penyebab: 1. Gejal penyakit 2. Kurang pengendalian Situasion/lingkungan 3. Ketidakadekuatan (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan) 4. Kurangnya privasi 5. Gangguan stimulus lingkungan 6. Efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi) 7. Gangguan adaptasi kehamilan	Subjektif: mengeluh tidak nyaman Objektif: Gelisah	Subjektif: mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh mual Mengeluh Lelah Objektif: menunjukkan gejala distress, tampak menangis pola eliminasi Berubahan, Postur tubuh berubah	1. Penyakit Kronis 2. Kepanasan 3. Distress Psikologi 4. Kehamilan
2.	Nyeri Akut:	Penyebab: 1. Agen pencedera	Subjektif: mengeluh	Subjektif:-	1. Kondisi pembedahan

	<p>Definisi: Pengalamanan 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</p>	<p>fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, Terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	<p>Nyeri</p> <p>Objektif: Tampak meringis bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah frekuensi nadi</p>	<p>Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cedera tranumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma
3.	<p>Nyeri Kronis:</p> <p>Definisi: Pengalamanan sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan Hingga berat dan koston yang berlangsung lebih dari 3 bulan</p>	<p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab 2. Kondisi muskuloskeletal 3. Kerusakan sistem saraf 4. Penekanan sara 5. Infiltrasi tumor 6. Ketidakseimbangan neurotransmitter neuromodulator, dan reseptor 7. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicellazoster) 8. Gangguan Fungsi Metabolik 9. Riwayat posisi kerja statis 10. Peningkatan indeks masa tubuh 11. Kondisi pasca trauma 12. Tekanan 	<p>Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi</p> <p>Objektif: Tampak meringis, gelisah, Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p>	<p>Subjektif: Merasa takut mengalami cedera</p> <p>Objektif: Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, amoreksi, fokus menyempit, Berfokus pada diri sendiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis (mis. <i>Arthritis Rheumatodi</i>) 2. Infeksi 3. Cedera medulla Spinalis 4. Kondisi pasca trauma tumor

		emosional 13. Riwayat penganiayaan (mis.fisik,psikologis,sek-sual)			
		14. Riwayat penyalahgunaan obat/zat			

(PPNI T. P, 2019)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

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

Tabel 2.3
Intervensi keperawatan pada pasien

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
Gangguan rasa nyaman	1. Manajemen Nyeri Observasi: a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, b. Identifikasi skala nyeri c. frekuensi, kualialitas, intensitas nyer d. Identifikasi respon nyeri non verbal e. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri g. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri h. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 3. Edukasi Aktivitas/istirahat 4. Edukasi Efek samping obat 5. Edukasi Manajemen nyeri 6. Edukasi Kemoterapi 7. Edukasi Kesehatan 8 Edukasi Latih fisik 9. Edukasi Menajemen stres 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi penyakit 12. Edukasi perawatan kehamilan 13. Edukasi perawatan perineum 14. Edukasi peawatan 15. Edukasi Teknik napas stoma

	<p>i. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>j. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab periode dan pemicu</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p> <p>2. Pengaturan Posisi</p>	<p>16. Kompres dingin</p> <p>17. Kompres panas</p> <p>18. Konseling</p> <p>19. Latihan berkemih</p> <p>20. Latihan eliminasi fekal</p> <p>21. Latihan pernafasan</p> <p>22. Latihan rehabilitasi</p> <p>23. Latihan rentang gerak</p> <p>24. Manajemen efek samping obat</p> <p>25. Manajemen hipertermia</p> <p>26. Manajemen hipotermia</p> <p>27. Manajemen kenyamanan lingkungan</p> <p>28. Manajemen kesehatan kerja</p> <p>29. Manajemen lingkungan</p> <p>30. Manajemen keselatan</p> <p>31. Manajemen muntah</p> <p>32. Manajemen nyeri akut</p> <p>33. Manajemen nyeri kronis</p> <p>34. Manajemen nyeri persalinan</p> <p>35. Manajemen stres</p> <p>36. Manajemen terapi radiasi</p> <p>37. Manajemen trauma perkosaan</p> <p>38. Pemantauan nyeri</p> <p>39. Pemberian obat</p> <p>40. Pencegahan hipertermi keganasan</p> <p>41. Penjahitan luka</p> <p>42. Perawatan amputasi</p> <p>43. Perawatan area insisi</p> <p>44. Perawatan</p> <p>45. Perawatan inkontinensia fekal</p> <p>46. Perawatan inkontinensia urine</p> <p>47. Perawatan kehamilan</p> <p>48. Perawatan pasca</p>
--	---	---

	<p>Observasi:</p> <p>a. Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>b. Monitor alat traksi agar selalu tepat</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Tempatkan pada matras atau tempat tidur terapeutik yang tepat</p> <p>b. Tempatkan pada posisi terapeutik</p> <p>c. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</p> <p>d. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>e. Sediakan matras yang kokoh atau padat</p> <p>f. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi</p> <p>g. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi fowler)</p> <p>h. Atur posisi yang menghilangkan drainage</p> <p>i. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat</p> <p>j. Imobilisasi dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat</p> <p>k. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p>1. Tinggikan anggota gerak 20°C atau lebih di atas level jantung</p> <p>m. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>n. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>o. Berikan topangan pada area edema (mis.</p>	<p>kenyamanan persalinan</p> <p>49. Perawatan perineum</p> <p>50. Perawatan rambut</p> <p>51. Perawatan seksio sesaria</p> <p>52. Teknik Latihan penguatan otot dan sendi</p> <p>53. Terapi pemijatan sendi</p> <p>54. Terapi relaksasi nrmual</p>
--	--	--

	<p>bantah dibawah lengan dan skrotum)</p> <p>p. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/good lung down)</p> <p>q. Motivasi melakukan ROM aktif atau</p> <p>r. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan</p> <p>s. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>t. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi</p> <p>u. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>v. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>w. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>x. Ubah posisi dengan teknik log roll</p> <p>y. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>z. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi pasif</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>b. Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi,</p>	
--	--	--

	<p>jika perlu</p> <p>3. Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah</p> <p>c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan efektif digunakan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>e. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>b. Berikan informasi tertulis</p> <p>c. Gunakan pakaian longgar</p> <p>d. Siapkan dan prosedur teknik relaksasi tentang</p> <p>e. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>analgetik atau</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan</p>	
--	---	--

	<p>jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) dengan</p>	
Nyeri Akut	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis 3. Dukungan diri Pengungkapan kebutuhan Edukasi efek 4. Edukasi manajemen 5. Edukasi proses samping obat 6. manajemen penyakit. Kompres dingin Kompres panas 7. Konsultasi Latihan pernapasan Manajemen efek Manajemen Kenyamanan lingkungan. Manajemen medikasi. Manajemen

	<p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri.</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan terapi nonfarmakologis</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri.dalam pemilihan strategi meredakan</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika</p> <p>2. Pemberian analgesik</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis.pencetus, pereda, kualitas, lokasi,intensitas, frekuensi, durasi)</p> <p>b. Identifikasi riwayat alergi obat</p>	<p>sedasiManajemen terapi radiasi.</p> <p>8. Pementauan nyeri.</p> <p>9. Pemberian obat.</p> <p>10. Pemberian obat intravena.</p> <p>11. Pemberian obat oral.</p> <p>12. Pemberian obat topikal.</p> <p>13. Pengaturan posisi.</p> <p>14. Perawatan keyamanan</p> <p>15. Perawatan amputasi. kenyamanan.</p> <p>16. Teknik distraksi.</p> <p>17. Teknik imajinasi</p> <p>18. Terapi akupresur</p> <p>10) terbimbing</p>
--	--	---

	<p>c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri</p> <p>d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p> <p>e. Monitor efektivitas analgesik</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <p>b. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum</p> <p>c. Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien</p> <p>d. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan perlu.</p>	
Nyeri kronis	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap</p>	<p>1. Aromaterapi</p> <p>2. Manajemen terapi radiasi</p> <p>3. Dukungan hipnosis</p> <p>4. Dukungan pengungkapan</p> <p>5. Dukungan koping keluarga</p> <p>6. Dukungan meditasi</p> <p>7. Edukasi aktivitas</p> <p>8. Edukasi efek samping obat</p> <p>9. Edukasi kemoterapi</p> <p>10. Edukasi kesehatan</p> <p>11. Edukasi manajemen</p> <p>12. Edukasi manajemen nyeri</p>

	<p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas respon nyeri.</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan terapi nonfarmakologis</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat untuk mengurangi rasa nyeri. rasa nyeri (mis. suhu ruangan,</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur. pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika</p> <p>2. Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak)</p>	<p>13. Edukasi perawatan stoma</p> <p>14. Edukasi proses penyakit</p> <p>15. Edukasi teknik napas</p> <p>16. Kompres dingin</p> <p>17. Kompres panas</p> <p>18. Konsultasi</p> <p>19. Latihan pernapasan</p> <p>20. Latihan rehabilitasi</p> <p>21. Manajemen efek</p> <p>22. Manajemen kenyamanna lingkungan</p> <p>23. Manajemen stress</p> <p>24. Pemantauan nyeri</p> <p>25. Pemberian analgesic</p> <p>26. Pemberian obat</p> <p>27. Pemberian obat intravena</p> <p>28. Pemberian obat oral</p> <p>29. Pemberian obat topical</p> <p>30. Pengaturan posisi</p> <p>31. Perawatan amputasi</p> <p>32. Promosi koping</p> <p>33. Teknik distraksi</p> <p>34. Teknik imjinasi terbimbig</p> <p>35. Terapi akupresur Stress</p> <p>36. Terapi akupuntur</p> <p>37. Terapi bantuan hewan</p> <p>38. Terapi humor</p> <p>39. Terapi murattal</p> <p>40. Terapi music</p> <p>41. Terapi pemijatan</p> <p>42. Terapi sentuhan</p> <p>43. Transcut utancous</p> <p>44. Yoga</p>
--	--	---

	<p>b. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>c. Identifikasi masalah emosional dan spiritual mandiri. perlu.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan posisi yang nyaman</p> <p>b. Berikan kompres dingin atau hangat</p> <p>c. Ciptakan lingk</p> <p>d. Berikan pemijatan kungan yang nyaman</p> <p>e. Berikan terapi akupresur</p> <p>f. Berikan terapi hypnosis</p> <p>g. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan</p> <p>h. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang diinginkan</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan</p> <p>b. Ajarkan terapi relaksasi</p> <p>c. Ajarkan latihan pernapasan</p> <p>d. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritas, antihistamin, jika perlu</p> <p>3. Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p>	
--	--	--

	<p>b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>c. Identifikasi kescediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>e. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>c. Gunakan pakaian longgar</p> <p>d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>c. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>Terapeutik:</p>	
--	--	--

(PPNI T , P, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

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

Tujuan evaluasi keperawatan adalah:

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

Tabel 2.3
Standard luaran keperawatan rasa aman nyaman nyeri

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

	Sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional, dengan onset mendadak atau actual lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.	3. Sikap proketif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik
--	--	--

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1 Definisi Hemoroid

Hemoroid adalah pembesaran vena (varises) dari pleksus venosishemoroidalis yang ditemukan pada anal (Diyono & Mulyanti, 2016). Hemoroid atau ambeien adalah pembengkakan dan peradangan pembuluh vena pada anus (Handaya, 2017). Hemoroid merupakan Derajat 3: pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk dalam anus dengan bantuan dorongan jari derajat 4: prolaps hemoroid yang permanen. Rentan dan cend untuk mengalami thrombosis dan infark Secara anoskopi hemoroid dapat dibagi atas:

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

2. Patofisiologi Hemoroid

Prolaps dapat disebabkan oleh spasme pada sfingter internal dari peningkatan tekanan yang mendorong benjolan sfingter internal dan dalam waktu saat benjolan terdorong keluar. Komplikasi yang berhubungan dengan hemoroid internal meliputi perdarahan, prolapsus, dan trombus. Hemoroid yang tersusun dari jaringan vascular spor, menimbulkan perdarahan. Darah tersebut tampa pada WC duduk dan tisu toilet atau permukaan tempat duduk. Kekurangan zat besi sebagai akibat dari anemia dapat berkembang jika darah berkurang dalam periode waktu lama. Thrombosis dalam hemoroid eksternal sebagai akibat pembekuan darah dalam vena hemoroid. Thrombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat, mengejan. Klien yang nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila klien duduk saat defekasi. Itu

biasanya tidak tampak dalam waktu seminggu. Thrombosis pada hemoroid eksternal selalu diikuti oleh prolaps thrombosis hemoroid internal. Jika pembekuan darah pada permukaan kulit maka dapat menimbulkan ulserasi (Diyono & Mulyanti, 2016).

3. Manifestasi Klinis Hemoroid

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

Gangguan pada anus: nyeri, konstipasi, perdarahan.

Benjolan pada anus yang menetap pada hemoroid eksternal sedangkan pada hemoroid internal benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai dengan gradasinya.

- a. Dapat terjadi anemia bila hemoroid mengalami perdarahan kronis.
- b. Perdarahan per anus waktu gerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengucur tanpa rasa nyeri. Bila terdapat bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri

4. Pemeriksaan Penunjang Hemoroid

a. Pemeriksaan colok dubur

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

b. Anoskopy

Diperlukan untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol keluar.

c. Proktosigmoidoskopy

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

5. Penatalaksanaan Hemoroid

Penatalaksanaan hemoroid (Nurarif & Kusuma, 2015)

a. Penatalaksanaan konservatif

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

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

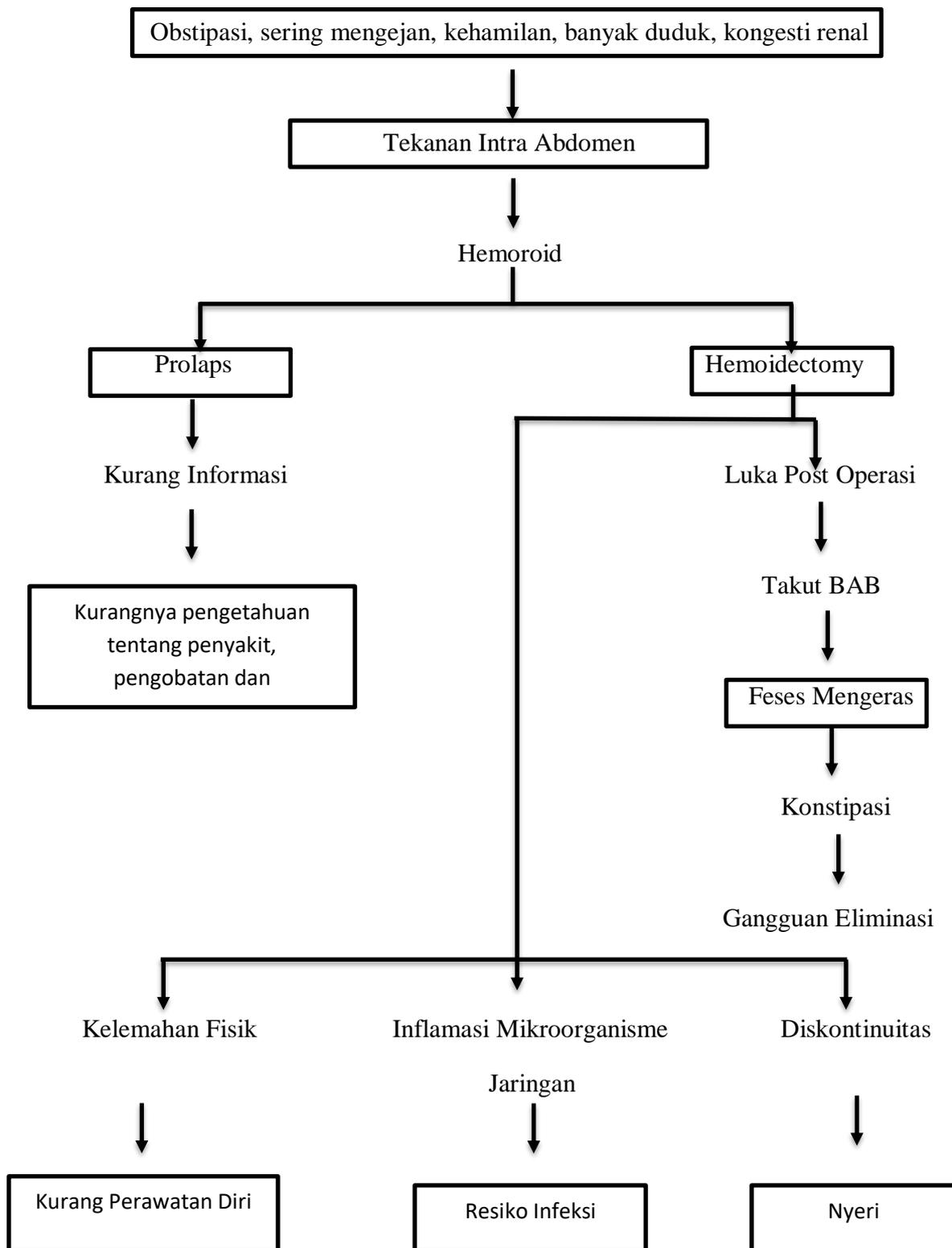
- 1) Hemoroid internal derajat II berulang
- 2) Hemoroid derajat III dan IV dengan gejala
- 3) Mukosa rectum menonjol keluar anus
- 4) Hemoroid derajat I dan II dengan penyakit penyerta seperti fisura
- 5) Kegagalan penatalaksanaan konservatif
- 6) Permintaan pasien

Pembedahan yang sering dilakukan yaitu skleroterapi

- a) Rubber band ligation (ligasi karet gelang)
- b) Infrared thermocoagulation (termokoagulasi inframerah)
- c) Bipolar diathermy
- d) Laser haemorrhoidectomy

- e) Doppler ultrasound guided haemorrhoid artery ligation (ligasi arteri hemoroid yang dipandu ultrasound Doppler)
 - f) Cryotherapy
 - g) Staple hemorrhoidopexy
6. Masalah Keperawatan Hemoroid
- Masalah keperawatan yang lazim muncul pada penderita hemoroid (Nurarif & Kusuma, 2015).
- a. Nyeri akut
 - b. Intoleransi aktivitas
 - c. Gangguan rasa nyaman
 - d. Resiko infeksi
 - e. Konstipasi

7. Pathway Hemaroid



Sumber : Muttaqin,2011 dalam Pamudi.2012

B. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

NO	PENELITI	JUDUL PENELITI	METODE PENELITIAN	HASIL
1	Yoga Prazda (2019) Stikes Bhakti Kencana Bandung	Asuhan keperawatan pada pasien Hemaroid dengan nyeri akut	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode pendekatan kasus studi kasus	memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek untuk menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. . Studi kasus ini mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan dengan dua pasien yang mengalami Nyeri Akut dengan gangguan kebutuhan rasa aman nyaan (nyeri).
				Pengkajian pada dua pasien ini dilakukan pada tahun 2023, pasien 1 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 10.00 WIB dan pasien 2 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 14.00 WIB. Subjek bernama Tn.A dan Tn. S keduanya berjenis kelamin Laki Laki dengan usia pasien satu 21 tahun pasien dua 54 tahun. Hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien untuk pasien 1 mengeluh Nyeri , badan terasa lemas dan terdapat benjolan. pasien 2 Klien mengeluh demam selama 3 harin

2	Ahmad Budiman (2021) Politeknik Kesehatan kemenkes pontianak	Asuhan keperawatan pada pasien Hemaroid	Jenis penelitian ini menggunakan deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus	memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek untuk menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. . Studi kasus ini mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan dengan dua pasien yang mengalami Nyeri Akut dengan gangguan kebutuhan rasa aman nyaan (nyeri). Pengkajian pada dua pasien ini dilakukan pada tahun 2023, pasien 1 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 10.00 WIB dan pasien 2 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 14.00 WIB. Subjek bernama Tn.A dan Tn. S keduanya berjenis kelamin Laki Laki dengan usia pasien satu 21 tahun pasien dua 54 tahun. Hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien untuk pasien 1 mengeluh Nyeri , badan terasa lemas dan terdapat benjolan. pasien 2 Klien mengeluh demam selama 3 harin dan mengeluh nyeri di bagian anus
---	---	---	--	--

3	Poltekkes kemenkes semarang Maulidairtamazati (2018)	Asuhan keperawatan pada pasien Hemaroid	Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus	memberikan suatu gambaran situasi atau fenomena secara rinci tentang apa yang terjadi. Studi kasus ini dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek untuk menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. . Studi kasus ini mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan dengan dua pasien yang mengalami Nyeri Akut dengan gangguan kebutuhan rasa aman nyaan (nyeri). Pengkajian pada dua pasien ini dilakukan pada tahun 2023, pasien 1 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 10.00 WIB dan pasien 2 pada tanggal 11 januari 2023 pukul 14.00 WIB. Subjek bernama Tn.A dan Tn. S keduanya berjenis kelamin Laki Laki dengan usia pasien satu 21 tahun pasien dua 54 tahun. Hasil pengkajian didapatkan dari data kedua pasien untuk pasien 1 mengeluh Nyeri , badan terasa lemas dan terdapat benjolan. pasien 2 Klien mengeluh demam selama 3 harin dan mengeluh nyeri di bagian anus
---	---	---	---	---