

**IMPLEMENTASI TERAPI PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI
OTOT PROGRESIF PADA TN. A POST OP HEMOROID GRADE
IV DENGAN GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN DI RUMAH
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli
Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

Nama : Ridwan 'Aliy Waasi'

NIM : 40902100061

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**IMPLEMENTASI TERAPI PEMBERIAN TEKHNIK RELAKSASI
OTOT PROGRESIF PADA TN. A POST OP HEMOROID GRADE
IV DENGAN GANGGUAN RASA AMAN NYAMAN DI RUMAH
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nama : Ridwan 'Aliy Waasi'

NIM : 40902100061

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.



Semarang, 16 Mei 2024

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Ridwan aw', is written over the postage stamp.

(Ridwan 'Aliy Waasi')

NIM. 40902100061

HALAMAN PERSETUJUAN

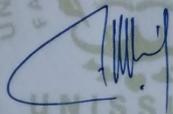
Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 16 Mei 2024

Semarang, 16 Mei 2024

Pembimbing,



(Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep.)

NIDN : 0622078602

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jumat tanggal 17 Mei dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 17 Mei 2024

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep.)

NIDN : 0604038901

Penguji II



(Dr. Ns. Dyah Wiji PuspitaSari, M.Kep.)

NIDN : 0622078602

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep.)

NIDN : 0622087403

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah robbil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayahnya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Implementasi Terapi Pemberian Teknik Relaksasi Otot Progresif pada Tn. A Post Op Hemoroid Grade IV dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman di Rumah Sakit Islam Sultan Agung”**

Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat dan pengikutnya yang telah membawa perkembangan islam hingga seperti sekarang ini dan selalu kita nantikan syafaatnya dan menjadi teladan bagi kita semua. Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini karena berkat bimbingan, pengarahan, dan dukungan moral dan spiritual dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH.,MH selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep. An selaku Ketua Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep selaku pembimbing yang selalu ikhlas dalam membimbing serta meluangkan waktu dan memberikan support pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan saran.
6. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun, dengan perjuangan yang luar biasa agar bisa memberikan bekal ilmu dan pengalaman bagi kami semua sebagai mahasiswa.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan untuk bisa melakukan praktik, menambah ilmu serta pengalaman, sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah.
8. Kepada Bapak dan Ibu saya yang sangat saya sayangi dan saya cintai mereka sebagai sumber doa dan semangat saya.
9. Kepada pasangan saya Arvinda Intan Pramesti yang selalu memberikan support tanpa henti dan selalu mengingatkan dan mendoakan bahwa saya mampu melewati ini semua.
10. Kepada teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2021 walaupun kita kuliah satu tahun terkena dampak dari pandemi covid-19, kalian

sangat luar biasa, dan kalian versi terbaik dalam memperjuangkan gelar
Amd. Kep ini kawan.



ABSTRAK

Latar Belakang: Hemoroid merupakan pembesaran atau pelebaran vena hemoroidal yang melalui kanal anus rectum yang disebabkan oleh peradangan pada usus yang ditandai dengan nyeri dan rasa tidak nyaman bermanifestasi perdarahan setelah buang air besar. Penatalaksanaan *bedah hemoroid* adalah dengan hemoroidektomi. Nyeri yang dirasakan klien merupakan efek setelah menjalani suatu operasi. Selain itu pemasangan tampon post Hemoroidektomi menyebabkan nyeri hebat 24 jam pertama. Metode: Studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah secara mendetail mengenai mengenai pada klien post op hemoroid dengan masalah keperawatan gangguan nyeri akut di Ruang Baitusalam 1 Rs Sultan Agung Semarang. Hasil: nyeri akut: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dengan teknik relaksasi otot progresif selama 3x24 jam, pada kasus Ny. N masalah teratasi. Diskusi: klien dengan masalah gangguan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama setiap post hemoroid. Respon tersebut dipengaruhi oleh status kesehatan klien sebelumnya, sehingga penulis melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam menangani masalah yang muncul pada klien.

Kata kunci: Hemoroid, Nyeri, Teknik Relaksasi Otot Progresif.

Daftar Pustaka: 3 Buku (2016-2018), 8 Jurnal (2018-2022).

ABSTRACT

Background: hemorrhoids are enlargement or widening of hemorrhoid dialysis veins through the rectal canal caused by inflammation of the intestine which is characterized by pain and discomfort manifested by bleeding after defecation. Surgical management of hemorrhoids is hemorrhoidectomy. The pain felt by the client is an effect after undergoing surgery. Apart from that, installing a tampon after hemorrhoidectomy causes severe pain for the first 24 hours. Method: This case study is to explore the problem in detail regarding post-op hemorrhoidal clients with acute pain disorder nursing problems in Baitusalam Room 1, Sultan Agung Hospital, Semarang. Results: acute pain: after nursing care was carried out using progressive muscle relaxation techniques for 3x24 hours, in the case of Mrs. N problem resolved. Discussion: clients with acute pain disorders do not always have the same response after each hemorrhoid. This response is influenced by the client's previous health status, so the author provides comprehensive nursing care in dealing with problems that arise in clients.

Keywords: Hemorrhoids, Pain, Progressive Muscle Relaxation Technique.

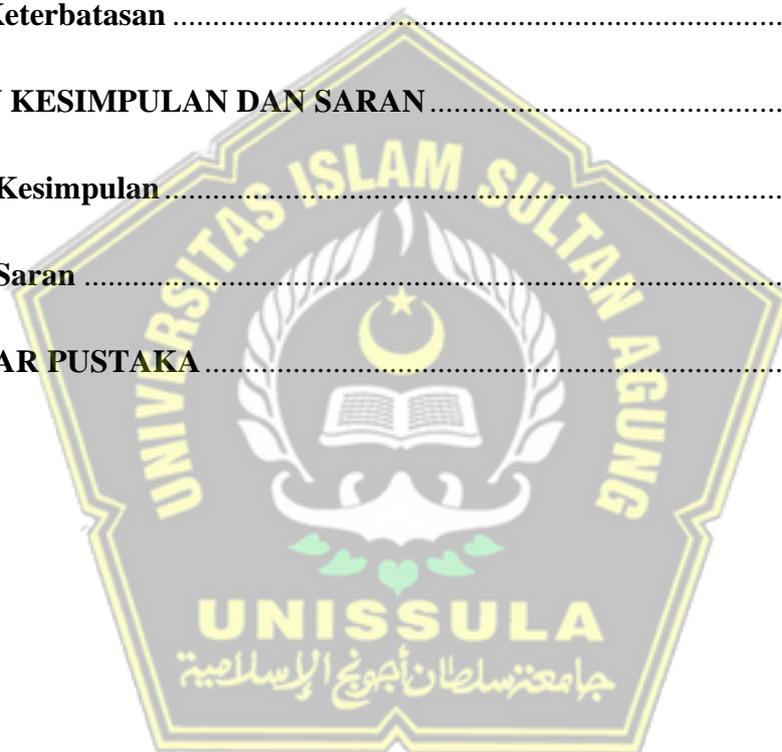
Bibliography: 3 Books (2016-2018), 8 Journals (2018-2022)

DAFTAR ISI

Karya Tulis Ilmiah	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
(1) Latar belakang	1
1. Rumusan masalah.....	3
2. Tujuan Studi Kasus.....	3
3. Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
(1) Tinjauan Pustaka	5
1. Konsep Dasar Hemoroid.....	5

2. Konsep Dasar Nyeri.....	10
3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	16
BAB III METODE PENULISAN.....	24
(1) Desain Studi Kasus.....	24
(2) Subyek Studi Kasus.....	24
(3) Fokus Studi.....	24
(4) Definisi operasional.....	24
(5) Tempat dan waktu.....	25
(6) Instrumen Studi Kasus.....	25
(7) Metode pengumpulan data.....	26
(8) Analisis dan Penyajian Data.....	26
(9) Etika Studi Kasus.....	26
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	28
(1) Hasil Studi Kasus.....	28
1. Pengkajian.....	28
2. Penilaian Pola Fungsional Menurut Gordon.....	30
3. Pemeriksaan fisik.....	33
4. Data pendukung.....	34
5. Analisis data.....	35
6. Rencana Asuhan Keperawatan.....	36

7. Implementasi.....	37
8. Evaluasi.....	40
(2) Pembahasan.....	42
1. Analisis Pengkajian Keperawatan	42
2. Diagnosa keperawatan	42
(3) Keterbatasan	45
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	47
A. Kesimpulan.....	47
B. Saran	48
DAFTAR PUSTAKA.....	50



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Turnitin

Lampiran Lembar Bimbingan



BAB I PENDAHULUAN

(1) Latar belakang

Wasir merupakan penyakit yang banyak diderita oleh banyak orang. (Nurarif & Kusuma, 2015) Wasir adalah pelebaran pembuluh darah pada anus yang berasal dari pleksus hemoroid. Ada dua macam wasir, yaitu wasir luar dan wasir dalam. Wasir eksternal adalah pembesaran pembuluh darah yang terjadi di bawah kulit (subkutan) atau di luar garis dentate. Sedangkan wasir ke dalam adalah pembuluh darah yang melebar di bawah mukosa (sub mukosa) atau di dalam garis dentate (Dinas Kesejahteraan Republik Indonesia, 2019). Wasir adalah pembesaran pembuluh darah vena di bagian belakang/rektum. Rosdahl dan Kowalski (2017) menyatakan bahwa wasir luar terlihat seperti benjolan di sekitar anus.

WHO melaporkan bahwa jumlah penderita wasir meningkat pada tahun 2016 hingga mencapai 230 juta. Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa jumlah penderita wasir dari waktu ke waktu terus meningkat, yaitu sebesar 5,7%, namun yang terdiagnosis hanya 1,5 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Untuk unsur keturunan, penyakit wasir bisa terjadi pada semua jenis orang, namun laki-laki lebih dominan dibandingkan perempuan (Astana dan Nisa, 2018).

Wasir dapat diobati dengan pembedahan atau non-bedah. Hemoroidektomi adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk mengobati wasir. Menurut Utami & Painri (2000), hemoroidektomi adalah operasi yang

melibatkan pemotongan jaringan yang melebar pada area saluran analitis. Perawatan bedah wasir derajat III, IV, atau semua derajat yang tidak merespons pengobatan medis disebut hemoroidektomi. Karena hasilnya yang sangat baik, hemoroidektomi masih menjadi gold standard penyembuhan saat ini (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Pasien yang telah menjalani hemoroidektomi akan mengalami risiko seperti perdarahan, kerusakan integritas kulit, infeksi, konstipasi, kecemasan akibat nyeri pasca operasi, dan nyeri akibat operasi. Pasien akan merasakan nyeri dalam beberapa hari pertama setelah hemoroidektomi. Rasa sakit pada pasien pasca hemoroidektomi disebabkan oleh rangsangan mekanis akibat kerusakan jaringan akibat aktivitas akhir, yaitu luka (sayatan) yang akan memperberat zat di sela-sela penderitaan (Sagitha, 2020) .

Metode nonfarmakologis dapat digunakan untuk mengatasi nyeri pasca hemoroidektomi. Opioid dan non-opioid keduanya dapat digunakan dalam manajemen nyeri farmakologis. Sebaliknya, perawat dapat menggunakan teknik relaksasi otot progresif sebagai manajemen nyeri nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri setelah hemoroidektomi (Rohmani, 2021).

Sebagaimana tertuang dalam Undang-undang Republik Indonesia no. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, secara keseluruhan tugas tenaga medis dalam menangani hal tersebut antara lain: Untuk memberikan pelayanan kepada pasien, perawat harus mampu berpikir kritis dan memberikan solusi terhadap permasalahan. Mereka juga harus mampu mengambil keputusan. Tanggung jawab perawat selanjutnya adalah bertindak sebagai pemimpin

komunitas dengan menggunakan kepemimpinan dan manajemen perawatan untuk menangani pasien yang tampaknya mengalami masalah. Sebagai pendidik, perawat diharapkan dapat mendorong pasien untuk memperbaiki pola hidup dan lebih memperhatikan kesehatannya. Sebagai advokat, perawat diharapkan menjaga dan membela hak-hak pasien sesuai dengan pengetahuan dan kewenangannya. Perawat diharapkan mampu melakukan penelitian secara lugas di bidang koagulasi dengan memunculkan ide atau rasa ingin tahu serta mencari jawaban atas fenomena atau penyakit yang dialami pasien dan masyarakat di lingkungan kerjanya. Ini adalah peran lain yang dimainkan perawat sebagai peneliti.

Berdasarkan hal di atas, penulis tertarik untuk membekali pasien pasca operasi wasir dengan teknik relaksasi otot progresif untuk manajemen asuhan keperawatan dan mempelajari gangguan kenyamanan nyeri akut di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang..

1. Rumusan masalah

Bagaimana asuhan keperawatan dengan memberikan teknik relaksasi otot progresif dengan distraksi yang aman dan nyaman bagi pasien hemoroid pasca operasi dalam mengatasi nyeri?

2. Tujuan Studi Kasus

Menjelaskan asuhan keperawatan dengan memberikan teknik relaksasi otot progresif dengan distraksi yang aman dan nyaman kepada pasien hemoroid pasca operasi untuk mengatasi nyeri.

3. Manfaat Studi Kasus

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat membantu :

a. Masyarakat

Memberikan teknik relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang cara mengatasi gangguan rasa aman dan nyaman seseorang.

b. Bagi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

Memperluas cakupan ilmu pengetahuan dan teknologi terapan di bidang proteksi dalam kegiatan pemeliharaan mandiri perawat dengan menggunakan teknik relaksasi otot progresif.

c. Penulis

Mempelajari cara menggunakan teknik relaksasi otot progresif untuk meningkatkan rasa aman dan nyaman seseorang.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

(1) Tinjauan Pustaka

1. Konsep Dasar Hemoroid

a) Definisi

Keluarnya daging dari anus (rektum) akibat banyak buang air besar yang keras, lebih sering disertai darah akibat luka, disebut dengan wasir. (Fres, 2022) Wasir adalah infeksi dan pelebaran pembuluh darah vena pada anus yang berasal dari pleksus hemoroid. Penyakit ini merupakan penyakit berbahaya yang dapat mempersulit aktivitas sehari-hari dan menurunkan kualitas hidup seseorang (Fres, 2022)

Tergantung letaknya dalam kaitannya dengan garis mukokutan (garis dentate), wasir dapat dibagi menjadi dua kategori: wasir eksternal dan wasir internal. Wasir internal disebabkan oleh dilatasi vena submukosa yang terletak di bawah mukosa dan terletak di atas garis dentate. Wasir eksternal dan internal disebabkan oleh dilatasi dan peradangan pada vena subkutan, yang terletak di bawah atau di luar garis dentate. Wasir berhubungan dengan penyumbatan terus-menerus yang disertai dengan diare (Fres, 2022)

b) Etiologi

Wasir disebabkan oleh dilatasi, pembengkakan, atau pembengkakan pada pembuluh darah vena hemoroid akibat faktor risiko/pemicu seperti:

- 1) Mengejan saat buang air kecil;
- 2) Pola buang air kecil yang tidak tepat (lebih sering ke kamar mandi, terlalu lama duduk di toilet sambil membaca atau merokok); dan
- 3) Peningkatan tekanan intra-abdomen akibat tumor.
- 4) Kehamilan (disebabkan oleh tekanan perut dan perubahan hormonal
- 5) Usia lanjut
- 6) Sembelit terus-menerus
- 7) Buang air besar yang sangat intens dan buang air besar yang terus-menerus
- 8) Berpura-pura berhubungan seks
- 9) Hidrasi dan makan lebih sedikit serat (sayuran dan produk organik)
- 10) Tidak adanya aktivitas/imobilisasi (Sagitha, 2020)

c) Tanda dan gejala

Tanda-tanda pada penderita wasir adalah keluarnya cairan yang disebabkan oleh wasir bagian dalam akibat luka akibat tinja yang keras. Darah merah segar, tidak bercampur feses, itulah yang keluar. Sementara

itu, penderita ambeien mengalami rasa nyeri, bengkak, atau menggebung pada anus, keluarnya sekret atau cairan melalui anus, rasa tidak puas saat buang air kecil, dan rasa tidak nyaman pada bokong. (Fres, 2022).

d) Patofisiologi

Kumpulan pembuluh darah, otot polos, dan jaringan ikat yang disebut wasir dapat ditemukan di tiga kolom di sepanjang saluran anus: lateral kiri, anterior kanan, dan posterior kanan. Kelompok ini dapat dianggap sebagai sinusoidal daripada arteri atau vena karena beberapa di antaranya tidak mempunyai dinding otot. Obstruksi vena akibat kemacetan dan hipertrofi bantalan anus, prolaps, atau perpindahan bantalan anus ke bawah, kerusakan jaringan ikat pendukung, dan dilatasi abnormal vena pleksus hemoroid interna merupakan penyebab utama wasir. Wasir juga bisa disebabkan oleh usia, tonus sfingter ani, pola makan, pekerjaan, sembelit, kehamilan, dan lain-lain. Wasir juga bisa disebabkan oleh hipertensi portal dan penyakit hati kronis karena vena hemoroid superior membawa darah ke sistem portal. Selain itu, sistem bagian depannya juga tidak memiliki katup sehingga pembuangan air mudah terjadi (PERTAMEDIKA, 2018)

e) Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik penyakit wasir sebagai berikut: (Fres, 2022)

1) Masalah anus (nyeri, sembelit, perdarahan,

- 2) Tonjolan pada anus yang berlanjut pada wasir luar, sedangkan pada wasir dalam, benjolan tersebut tanpa prolaps mukosa dan keduanya mempunyai derajat yang sama.
- 3) Perdarahan perineum saat bergerak berupa darah merah segar yang menetes atau mengalir tanpa rasa sakit
- 4) Perasaan tidak nyaman (terlalu lama duduk dan tidak bisa berjalan dalam waktu lama)
- 5) Mengeluarkan cairan lendir yang membuat terasa seperti isi.anus belum keluar seluruhnya.

f) Komplikasi

Komplikasi wasir meliputi:

- 1) Lukanya sangat nyeri sehingga pasien takut mengejan atau buang air besar;
- 2) Terdapat infeksi pada daerah luka hingga timbul nanah dan fistula (saluran abnormal) dari selaput lendir usus atau anus; dan
- 3) Pendarahan pada luka dapat mengakibatkan anemia.

(PERTAMEDIKA, 2018)

g) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Tindakan Non-Operatif*

- 1) Metode terbaru untuk menempelkan mukosa ke otot di bagian bawah meliputi fotokoagulasi inframerah, diatermi bipolar, dan terapi laser.

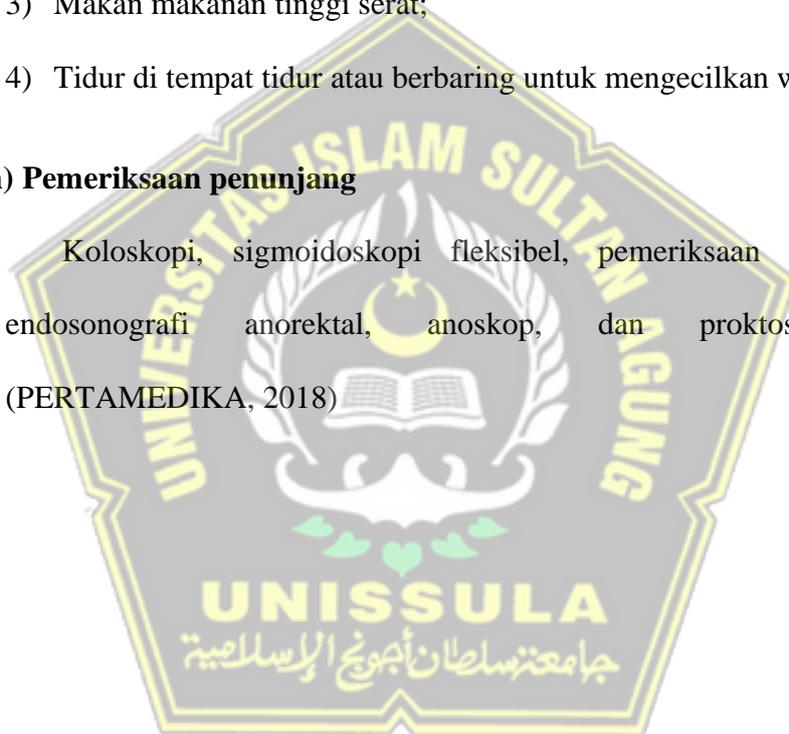
- 2) Wasir kecil yang berdarah juga dapat diobati secara efektif dengan suntikan larutan sklerosan, membantu pencegahan prolaps.

Penilaian Keperawatan:

- 1) Kebersihan individu yang baik, khususnya di wilayah yang berpusat pada anus.
- 2) Hindari mengejan saat buang air besar;
- 3) Makan makanan tinggi serat;
- 4) Tidur di tempat tidur atau berbaring untuk mengecilkan wasir.

h) Pemeriksaan penunjang

Koloskopi, sigmoidoskopi fleksibel, pemeriksaan colok dubur, endosonografi anorektal, anoskop, dan proktosigmoidoskopi (PERTAMEDIKA, 2018)



2. Konsep Dasar Nyeri

a) Definisi Nyeri

Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dari kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, disebut nyeri. Rasa sakit adalah alasan utama orang mencari bantuan medis. Sakit merupakan perasaan yang sangat tidak menyenangkan dan unik yang tidak dapat dibagikan kepada orang lain. Menurut Berman dkk. (2009), nyeri dapat mengubah hidup seseorang, mengendalikan aktivitasnya, dan menguasai keseluruhan pikiran seseorang. “pengalaman sensorik dan emosional subjektif yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan jika terjadi kerusakan,” menurut IASP. (Ezpinoza Juanillo & Rupa Huayllapuma, 2018)

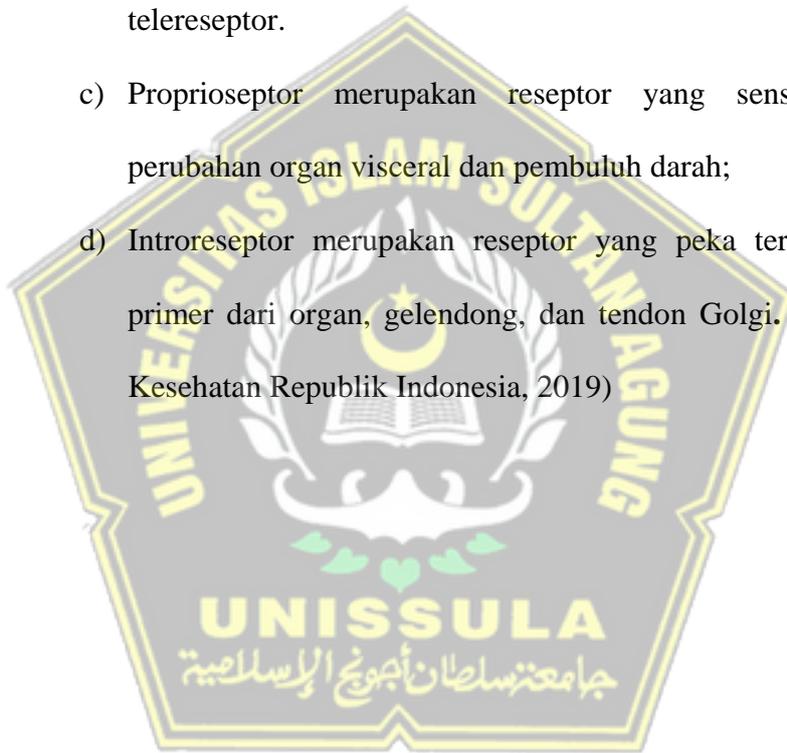
b) Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri terdiri dari beberapa bagian, yakni:

- 1) Reseptor dan rangsangan (rangsangan nyeri) selalu berhubungan dengan rangsangan nyeri. Reseptor nosiseptor, atau ujung saraf bebas di kulit yang merespons rangsangan kuat, adalah yang dimaksud. Nyeri diawali dengan rangsangan nyeri seperti panas, listrik, mekanik, biologis, kimia, dan panas mekanis.
- 2) Reseptor nyeri adalah sel luar biasa yang mengenali perubahan spesifik pada faktor lingkungannya, terkait dengan siklus

peradangan, sehingga reseptor ini menangkap peningkatan yang sulit. Ada empat jenis reseptor ini:

- a) Eksteroreseptor, berdampak pada perubahan iklim luar, antara lain: penginderaan rangsangan dingin dan panas, serta rangsangan taktil (sentuhan/sentuhan).
- b) Reseptor yang peka terhadap rangsangan jauh disebut telereseptor.
- c) Proprioseptor merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan organ visceral dan pembuluh darah;
- d) Introreseptor merupakan reseptor yang peka terhadap impuls primer dari organ, gelendong, dan tendon Golgi. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)



c) **Klasifikasi Nyeri**

Menurut Smeltzer (2013) nyeri diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

1) Nyeri akut

Nyeri akut biasanya terjadi umumnya terkait dengan masalah fisik tertentu. Nyeri akut merupakan indikasi adanya cedera. Saat tubuh pulih, nyeri akut biasanya berkurang. Nyeri akut adalah nyeri yang berlangsung antara beberapa detik hingga enam bulan.

2) Nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu lama

Nyeri kronis dapat bersifat intermiten atau persisten. Rasa sakit ini menetap melebihi masa penyembuhan normal dan seringkali tidak dapat dikaitkan dengan cedera atau penyebab tertentu.

d) **Pengukuran Derajat Nyeri**

Tantri (2009) mengatakan bahwa ada beberapa skala yang dapat digunakan untuk mengukur seberapa banyak rasa sakit yang ada atau seberapa banyak rasa sakit yang hilang setelah pengobatan. Skala pengukuran nyeri berikut dapat digunakan untuk membandingkan efektivitas berbagai terapi nyeri:

1) Skala Deskripsi Verbal (SDV)

Skala deskripsi verbal adalah skala yang paling banyak digunakan. Ini dipecah menjadi beberapa kategori seperti: tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat).

2) Skala Penilaian Matematika (NRS)

NRS terdiri dari dua struktur, lisan dan tersusun. Pasien mengukur kekuatan nyeri yang mereka rasakan pada ukuran 0-10 dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri yang paling parah. Keterangannya menyatakan: skor 0: untuk tidak nyeri, skor 1-3 nyeri ringan, skor 4-6: nyeri sedang, berkisar antara 7-9: nyeri berat, skor 10 : nyeri sangat parah.

3) Skala Analog Visual (SAV)

Merupakan skala yang paling umum digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, dengan “tidak nyeri” di sebelah kiri dan “sangat nyeri” di sebelah kanan..

e) Penatalaksanaan Nyeri

1) Penatalaksanaan Nyeri Nonfarmakologis

a) Bimbingan Antisipatif

Memberi klien pemahaman tentang nyerinya merupakan bimbingan antisipatif. Tujuan dari pemahaman perawat adalah untuk menginformasikan klien dan mencegah salah tafsir terhadap kejadian nyeri.

b) Terapi kompresi dengan es atau kompresi panas dan dingin dapat memperlambat proses inflamasi dan menurunkan sensitivitas reseptor nyeri dan prostaglandin subkutan lainnya pada lokasi cedera.

c) Stimulasi Saraf Listrik Transkutan/TENS (*Stimulasi Saraf Listrik Transkutan*)

Transkutaneus Electrical Nerve Feeling (TENS) adalah suatu alat yang memanfaatkan aliran listrik, baik frekuensi rendah maupun tinggi, yang dihubungkan dengan beberapa terminal pada kulit untuk menimbulkan sensasi menggigil, bergetar atau bersenandung dalam ruang penderitaan.

d) Distraksi dapat diartikan sebagai tindakan memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri atau tindakan mengalihkan perhatian pasien dari nyeri.

e) Relaksasi

Relaksasi merupakan kegiatan untuk memberikan kelegaan mental dan aktual dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan ketahanan terhadap siksaan.

f) Imajinasi terpandu

Imajinasi terpandu terarah adalah menggunakan pikiran kreatif seseorang, suatu teknik yang secara eksplisit dimaksudkan untuk mencapai hasil konstruktif tertentu.

g) Hipnosis

Hipnosis adalah metode yang menginduksi keadaan tidak sadar melalui ide-ide yang dicapai seseorang dengan menghipnotis.

h) Akupunktur

Akupunktur adalah praktik memasukkan jarum runcing ke titik-titik tertentu di tubuh untuk menghasilkan efek terapeutik.

i) Umpan Balik Biologis

Teknik ini bekerja dengan “mengembalikan” informasi tentang respons fisiologis seperti suhu kulit, kontraksi otot, atau gelombang otak kepada klien.

j) *Massasse*

Pijat adalah penggunaan tekanan tangan pada jaringan halus, biasanya otot, ligamen, atau tendon, tanpa menyebabkan pertumbuhan atau perubahan posisi sendi untuk meringankan rasa sakit, menghasilkan kendur, dan lebih meningkatkan aliran.

f) Penerapan Terapi Otot Progresif dalam Mengurangi Skala Nyeri

Nyeri adalah reaksi emosional terhadap stres fisik dan mental. Seseorang mungkin mengalami nyeri akut atau kronis akibat berbagai kondisi, termasuk prosedur pembedahan atau trauma, yang dapat mengakibatkan nyeri. Meskipun kondisi kesehatan semakin membaik, nyeri dapat mempengaruhi pola fungsional kesehatan yang tidak berfungsi, termasuk nyeri akut dan kronis. (Wijaya & Nurhidayati, 2020)

Menurut Maruli dan Elsy (2018), tujuan relaksasi adalah menghilangkan nyeri, meredakan ketegangan otot, dan mengurangi kecemasan. Metode relaksasi otot dalam yang dikenal sebagai terapi relaksasi otot progresif tidak memerlukan kreativitas, ketekunan, atau

sugesti. Metode relaksasi ini melibatkan kontraksi dan relaksasi otot yang dalam dan sistematis bersamaan dengan latihan pernapasan. (Wijaya & Nurhidayati, 2020)

Sistem saraf parasimpatis akan mengambil alih selama dan setelah relaksasi otot progresif, yang akan menurunkan tekanan darah, detak jantung, dan laju pernapasan. Menurut Ekasari (2018), hal ini juga berdampak pada sistem saraf somatik dalam dan saraf parasimpatis sehingga mengurangi kecemasan. Dengan menurunkan kadar bahan kimia seperti asam laktat dan melepaskan endorfin, respons relaksasi juga mengurangi rasa sakit dengan mengurangi kebutuhan oksigen dalam jaringan. Endorfin yang dikeluarkan akan berperan sebagai neurotransmitter yang berikatan dengan reseptor opioid dan mencegah penularan rangsangan nyeri. Akibatnya, persepsi nyeri pasien pasca operasi dapat dikurangi dengan terapi relaksasi otot progresif komplementer. (LeMone et al., 2016).

3. Konsep Asuhan Keperawatan

a) Pengkajian Keperawatan

Tahapan terpenting untuk tahap selanjutnya adalah pengkajian. Akibatnya, pengkajian harus dilakukan dengan cermat untuk mengidentifikasi semua kebutuhan perawatan klien (Rohmah & Walid, 2009).

a) Pengkajian meliputi langkah-langkah sebagai berikut:

1) Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku, status, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor RM, dan diagnosa kesehatan.

2) Riwayat Kesehatan

(a) Keluhan utama: merupakan keluhan subjektif pada saat pengkajian.

(b) Riwayat kesehatan saat ini: pengkajian terhadap kesehatan pasien saat ini yang mendukung keluhan utama dengan mengajukan serangkaian pertanyaan berbasis PQRST, antara lain: P: *propokatif/palliatif*, Q: *quality/quantity*, R: *Radiasi*, S: *Scale* T: *Time*,

(c) Riwayat kesehatan lalu: Riwayat kesehatan klien sebelumnya ditinjau pada saat ini. Apakah klien pernah mengalami faktor yang berhubungan dengan wasir, seperti wasir sebelumnya

(d) Riwayat kesehatan keluarga: riwayat keluarga dengan kondisi keturunan seperti hipertensi, diabetes, atau wasir pada saat ini.

3) Contoh data biologis adalah:

(a) Pola gizi: penggambaran pola makan dan minum, jenis makanan, pantangan, porsi dan frekuensi

(b) Pola eliminasi: gambaran contoh kemampuan sekretorik pada buang air kecil dan besar.

- (c) Pola tidur/istirahat: menggambarkan istirahat dan pola tidur pasien, termasuk jumlah jam tidur, rutinitas tidur siang, dan cara menggunakan waktu luang.
- (d) Pola kebersihan diri: evaluasi rutinitas dalam mandi, menggosok gigi, mencuci rambut, dan memotong kuku, dan tentukan apakah dapat melakukan hal-hal tersebut sendiri atau tidak.
- (e) Pola aktivitas: gambaran rutinitas aktivitas sehari-hari pasien. Dalam contoh ini, berkonsentrasi pada tindakan terhadap kesehatan adalah hal yang mendasar.
- (f) Pemeriksaan fisik meliputi: sistem kardiovaskuler, sistem pencernaan, sistem saluran kemih, sistem saraf, sistem integumen, sistem endokrin, sistem muskuloskeletal, dan sistem penglihatan seluruh bagian tubuh.

Data psikologis terdiri atas:

- (a) Citra diri: Sikap ini mencakup perasaan dan persepsi mengenai penampilan serta ukuran dan bentuk.
- (b) Ideal diri: gagasan seseorang tentang bagaimana ia harus bertindak berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi
- (c) Identitas diri: keakraban dengan diri sendiri yang bersumber dari persepsi dan evaluasi diri.

- (d) Peran diri: sekelompok cara yang diharapkan secara sosial untuk terhubung dengan seseorang yang bekerja dalam kelompok yang berbeda.
- (e) Data budaya dan sosial: pola komunikasi, hubungan sosial, gaya hidup, dan faktor sosial budaya semuanya tercakup dalam penelitian ini.
- (f) Data spiritual: mengenai keyakinan, penolakan atau pengakuan pengobatan klinis. Beberapa kepercayaan dan agama, misalnya, melarang keras penganutnya untuk berbisnis.
- (g) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan darah rutin meliputi hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit, dan pemeriksaan urin termasuk ureum dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- (h) Analisis data: mengelompokkan data klien atau keadaan tertentu dimana klien mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan sesuai dengan kriteria masalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

b) Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2017 terdapat dua jenis diagnosis keperawatan yakni:

- 1) Nyeri akut b.d. oleh cedera fisik
- 2) Gangguan pola tidur b.d. kurangnya kontrol tidur

c) Intervensi Keperawatan

1) Manajemen Nyeri

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Mengenali skala nyeri
- c) Mengidentifikasi reaksi nyeri non-verbal
- d) Kenali faktor-faktor yang membantu dan meringankan nyeri
- e) Identifikasi informasi dan keyakinan tentang nyeri
- f) Mengenali dampak sosial dari reaksi nyeri
- g) Identifikasi dampak nyeri terhadap kualitas hidup
- h) Pantau kemajuan perawatan integral yang telah diberikan
- i) Pantau efek samping dari penggunaan pereda nyeri

Terapeutik

- a) Memberikan metode pereda nyeri non-farmakologis (seperti: hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- b) Mengontrol lingkungan yang memperparah nyeri (seperti: suhu ruangan, pencahayaan, dan gangguan)
- c) Memudahkan tidur dan istirahat;
- d) Saat memilih obat pereda nyeri, pertimbangkan jenis nyeri dan sumbernya.

Edukasi

- a) Jelaskan timbulnya, durasi, dan pencetus nyeri;
- b) Jelaskan metode untuk menghilangkan rasa nyeri;
- c) Mendorong pemantauan nyeri secara mandiri;
- d) Mendorong penggunaan analgesik yang tepat;
- e) Ajarkan metode farmakologis untuk mengurangi nyeri.

2) Dukungan Tidur

Observasi

- a) Identifikasi aktivitas dan pola tidur;
- b) Mengidentifikasi faktor fisik dan/atau psikologis yang mengganggu tidur; dan
- c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (seperti: kopi, teh, alkohol, makan menjelang waktu tidur, dan banyak minum air putih sebelum tidur)
- d) Identifikasi obat tidur yang diminum.

Terapeutik

- a) Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, kasur, dan tempat tidur)
- b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c) Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- d) Tetapkan jadwal tidur yang teratur
- e) Melakukan prosedur guna meningkatkan kenyamanan (misalnya: pijat, positioning, terapi akupresur)

- f) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan guna mendukung siklus tidur-bangun

Edukasi

- a) Menjelaskan pentingnya istirahat yang cukup selama sakit
- b) Mendukung konsistensi dengan kecenderungan waktu tidur
- c) Sarankan untuk menjauhi makanan/minuman yang membuat susah tidur
- d) Sarankan penggunaan pil istirahat yang tidak mengandung obat penekan istirahat REM
- e) Anjurkan faktor-faktor yang menambah gangguan pola istirahat (misalnya: psikologi, gaya hidup, seringnya pergantian shift di tempat kerja)
- f) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau metode non farmakologi lainnya.

d) Implementasi Keperawatan

Suatu kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan situasi dan kondisi pasien disebut dengan “implementasi keperawatan”.

- 1) Memberikan instruksi kepada pasien mengenai manajemen nyeri, terapi diet, perawatan luka, latihan pernapasan, dan perawatan medis berkelanjutan.
- 2) Ingatkan pasien untuk meminum obat setiap hari yang diperlukan untuk penyembuhan.

- 3) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan rendah lemak dan makanan tinggi lemak, seperti susu, gorengan, alpukat, mentega, dan coklat, sebaiknya dihindari.
- 4) Ajarkan kepada pasien cara merawat dirinya sendiri di rumah dan segala sesuatu yang perlu dilakukan untuk perawatan di rumah.
- 5) Memberi tahu pasien dan keluarganya tentang kemungkinan penyakit ambeien.
- 6) Memberikan arahan, termasuk perawatan lanjutan terhadap gejala dan kekurangan kesehatan, penyakit, dan pertimbangan selanjutnya (Fres, 2022) .

e) Evaluasi Keperawatan

Nyeri yang terkontrol atau termodifikasi, informasi kesehatan yang akurat, nutrisi yang cukup, pola pernapasan yang efisien, keseimbangan cairan dan elektrolit, tidak adanya infeksi pasca operasi, suhu tubuh normal, dan penurunan kecemasan merupakan hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan. (Fres, 2022) .

BAB III METODE PENULISAN

(1) Desain Studi Kasus

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu studi kasus. Studi kasus adalah penelitian yang mencakup pengkajian dengan tujuan memberikan penjelasan menyeluruh tentang latar belakang, sifat, dan karakter suatu kasus. Dengan kata lain, studi kasus berkonsentrasi secara intens dan mendalam pada suatu kasus. Dengan menggunakan metode studi kasus, penelitian dilakukan secara mendalam terhadap situasi atau kondisi klien secara sistematis. Studi kasus ini dilakukan untuk melihat permasalahan perawatan pada pasien pasca hemoroid di Ruang Baitu Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang mempunyai permasalahan nyeri.

(2) Subyek Studi Kasus

Pasien pasca ambeien menjadi subjek studi kasus ini dan bersedia berpartisipasi sebagai responden..

(3) Fokus Studi

Asuhan Keperawatan pada Pasien Pasca Hemoroid dengan Masalah Nyeri Menggunakan Intervensi Teknik Relaksasi Otot Progresif.

(4) Definisi operasional

- a) Hemoroid yaitu pembesaran pembuluh darah vena di bagian dubur akibat adanya pleksus hemoroid, akan menimbulkan rasa nyeri sehingga menimbulkan pembengkakan yang biasa disebut dengan wasir atau

ambeien. Hemoroid disebabkan oleh berbagai macam faktor, antara lain mengonsumsi makanan rendah serat sehingga membuat sulit buang air besar dan membutuhkan tenaga, kurang minum cairan, duduk terlalu lama, dan faktor genetik.

- b) Nyeri merupakan pengalaman yang sangat tidak menyenangkan dan unik yang tidak dapat dibagikan kepada orang lain. Nyeri dapat mengambil kendali atas seluruh otak seseorang, mengarahkan latihannya, dan mengubah hidupnya (Ezpinoza Juanillo & Rupa Huayllapuma, 2018)
- c) Terapi relaksasi otot progresif berfokus pada aktivitas otot tertentu dengan mengidentifikasi otot-otot yang tegang kemudian menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan dan merasa lebih nyaman. (Fatmawati, 2018)

(5) Tempat dan waktu

Lokasi yang digunakan berada di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Perawatan studi kasus ini berlangsung selama tiga hari, yaitu tanggal 11 Februari hingga 13 Februari 2024..

(6) Instrumen Studi Kasus

Format proses asuhan keperawatan berfungsi sebagai instrumen studi kasus. Instrumen yang digunakan untuk mengukur intervensi adalah Numeric Rating Scale (NRS), yaitu alat guna untuk menilai nyeri dengan menggunakan ukuran 0-10..

(7) Metode pengumpulan data

Jenis pengumpulan informasi yang digunakan adalah strategi wawancara, observasi dan catatan klinis (Notoatmojo, 2014).

(8) Analisis dan Penyajian Data

Proses analisis data menyajikan fakta-fakta yang ditemukan, yang kemudian dibandingkan dengan teori-teori yang ada, menyimpulkan, dan menarasikan dalam bentuk pendapat dan pembahasan. Rumusan masalah penelitian dijawab dengan teknik analisis data narasi menggunakan tanggapan wawancara. Informasi tersebut kemudian dituangkan dalam informasi penilaian, kesimpulan, penyusunan, kegiatan/pelaksanaan dan penilaian.

Tabel, gambar, bagan, dan teks narasi digunakan untuk menyajikan data. Data tersebut kemudian dibahas dan dikontraskan dengan temuan penelitian sebelumnya dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penggunaan inisial responden akan menjamin kerahasiaan responden..

(9) Etika Studi Kasus

Pemberian asuhan keperawatan berpedoman pada sejumlah prinsip etika, antara lain sukarela (ketulusan), kerahasiaan, anonimitas, dan *informed consent*.

a) Ketulusan (sukarela)

Klien dapat memilih untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, dan peneliti tidak dapat memaksa klien untuk melakukan hal tersebut di luar kemauannya. (PERTAMEDIKA, 2018)

b) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan seluruh informasi klien dan menggunakannya semata-mata untuk tujuan penelitian. Subyek penelitian harus diyakinkan bahwa informasi mereka tidak akan digunakan dengan cara yang dapat merugikan mereka dan tidak ada hasil yang akan diberikan kepada mereka. (PERTAMEDIKA, 2018)

c) *Anonimitas*

Klien berhak meminta agar data yang diberikan dijaga kerahasiaannya, untuk itu harus anonim, data hanya perlu menggunakan inisial atau kode agar identitasnya tidak dapat diketahui. (PERTAMEDIKA, 2018)

d) Penjelasan dan persetujuan

Klien berhak mendapatkan informasi lengkap mengenai tujuan penulis, berhak berpartisipasi secara bebas atau menolak menjadi responden. *Informed consent* juga menyatakan bahwa data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan (PERTAMEDIKA, 2018)

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

(1) Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian

a) Identitas

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 11 Februari 2024 pada pukul 10.00 WIB penulis mengelola kasus pada Tn. A dengan masalah post op hemoroid di Ruang Baitusalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, didapatkan hasil kasus dengan identitas nama klien Tn. A dengan usia 57 tahun, pendidikan terakhir SMA, bertempat tinggal di Jepara. Tn. A berjenis kelamin laki-laki dan beragama Islam. Tn. A bekerja sebagai swasta. Tn. A masuk ke rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 10 Februari 2024 pukul 07.00 WIB. Tn. A memiliki istri dan 2 anak. Istri Tn. A bernama Ny. S yang berusia 50 tahun dan beragama Islam, Bersuku Jawa Bangsa Indonesia. Pendidikan terakhir istri klien yakni SMA, sebagai Ibu rumah tangga.

b) Status Kesehatan Saat Ini

Klien menyatakan masuk RS karena BAB berdarah sejak pagi, ada benjolan di anus, demam sejak kemarin, dan badan pegal-pegal. Saat klien masih duduk di bangku SMA, ia pergi ke RS Jepara untuk pemeriksaan kesehatan dan diberitahu bahwa ia menderita hemoroid..

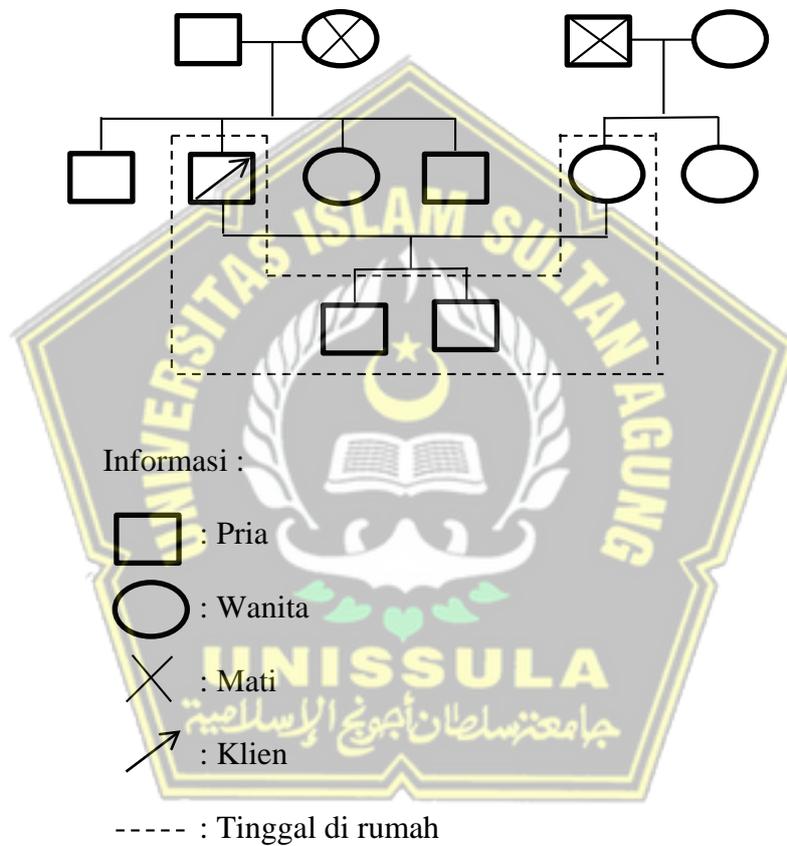
c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan tidak menderita hipertensi dan diabetes melitus.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dan menular seperti hipertensi, DM, TBC, hepatitis dan Covid-19.

a) Struktur Kesehatan Keluarga (3 genogram)



e) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan selalu bersih dan tidak ada kemungkinan membahayakan.

2. Penilaian Pola Fungsional Menurut Gordon

a) Persepsi Kesehatan

Klien mengatakan bahwa dia biasanya membawanya ke dokter ketika dia sakit, yang sebelumnya tampak normal. Namun setelah mendapat perawatan di rumah sakit, klien tampak khawatir dengan kondisinya saat ini karena hanya bisa berbaring di tempat tidur dan membutuhkan bantuan istrinya untuk ke kamar mandi. Klien selalu peduli dengan kesehatan dan kesejahteraan keluarganya..

b) Nutrisi

Klien mengatakan bahwa sebelumnya dan selama perawatan ia makan 3 kali sehari pada pagi hari, sore dan malam hari, namun saat dirawat di rumah sakit nafsu makan klien berkurang, klien hanya makan sekitar setengah porsi. Klien menyatakan bahwa makanan pedas merupakan hal yang perlu dihindari. Klien lebih suka makan sayur, dan disarankan pepaya. Klien terpasang infus di tangan kirinya, mengonsumsi air lebih banyak setiap hari, dan tidak demam. Klien memiliki tinggi 165 cm dan berat 55 kg. Pada 11 Februari 2024, data biokimia antara lain Hb: 15,6 g/dL (N: 13,2 hingga 13,7), Kreatinin: 0,96 (N: Natrium: (0,70-1,30), 130,0 (N: 135-147), Kalsium: 3,00 (N: 3.5-5.0). Turgor kulit klien biasa saja, mukosa mulut lembap, dan klien tampak ringkih. Pada kasus diet, klien tidak diberikan edukasi tentang program diet; pantangannya hanya pada makanan pedas..

c) Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit aktivitasnya biasa saja tetapi saat sakit aktivitasnya terganggu. Sebelum dirawat klien mandi 2 kali sehari dan selalu berganti pakaian, saat di rawat klien mandi dengan bantuan istrinya karena pergerakan tubuh klien sakit apabila terlalu banyak bergerak.

d) Aktivitas

Klien mengatakan bahwa aktivitasnya normal sebelum sakit, namun terganggu saat sakit. Klien selalu berganti pakaian dan mandi dua kali setiap hari sebelum dirawat. Klien mandi dengan bantuan istrinya saat dirawat karena terlalu banyak bergerak akan melukai tubuhnya..

e) Tidur dan istirahat

Klien mengatakan tidur tujuh jam sebelum sakit, tidur pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB. Karena klien sering terbangun di malam hari selama sakit, ia tidur selama lima jam. Dia tidak bisa tidur sampai pagi jika dia bangun..

f) Kognitif atau Perseptual

Klien mampu berkomunikasi dengan jelas, dapat melihat dan mendengar dengan baik, serta mengalami nyeri pada anus.

P : nyeri saat duduk dan tidur telentang,

Q : nyeri seperti tersayat,

R : pada anus,

S : nyeri skala 5,

T : nyeri yang datang dan pergi

g) Persepsi Diri

Sebelum mendapat perawatan, klien mengatakan dalam keadaan normal. Selama sakitnya klien mengatakan dia stres atas kondisinya yang sedang berlangsung, klien dibantu dalam menentukan pilihan oleh istrinya. Harapan klien dapat pulih kembali. Klien berperan sebagai ayah bagi anak-anaknya. Klien bangga menjadi suami dan ayah bagi anak.

h) Peran dan Hubungan

Klien mengatakan mempunyai hubungan yang baik dengan keluarganya dan mampu menjalin hubungan baik dengan klien lainnya.

i) Seksualitas dan Hubungan

Klien mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya

j) Koping dan Toleransi Stres

Saat sakit, seringkali pasien mudah ketakutan dan panik saat dirawat di rumah sakit.

k) Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai kendala dalam melaksanakan shalat lima waktu sebelum atau selama sakitnya, dan tidak ada budaya yang menentang pengobatannya..

3. Pemeriksaan fisik

a) Kondisi fisik

Keadaan umum klien lemah, meringis kesakitan, kesadaran composmentis, dengan TTV: TD : 147/90 mmHg ,Suhu : 36,°C, frekuensi pernafasan : 20x/menit, Nadi : 108x/menit , SpO2 : 99%. Kepalanya mesocephal, rambut bersih, dan warnanya hitam dan abu-abu. Konjungtiva tidak anemia, mata simetris, dan penglihatan normal. Tidak ada gangguan pendengaran, telinga simetris, bersih dan bebas serumen. Tidak ada polip hidung atau cuping hidung saat bernapas. Mukosa bibir lembab, tidak ada sariawan di mulut atau tenggorokan, dan tidak ada pembesaran tonsil. Leher yang simetris, tidak ada pembesaran tiroid, dan tidak ada luka.

b) Pemeriksaan Dada

Inspeksi paru : perkembangan paru simetris, palpasi : tidak ada benjolan, perkusi : bunyi paru sonor, auskultasi : tidak ada bunyi tambahan. Pemeriksaan jantung : tidak ada luka, tidak terlihat ictus cordis, palpasi : tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis, perkusi : bunyi tumpul, auskultasi : terdengar bising usus, auskultasi : bunyi teredam. Inspeksi abdomen : tidak ada benjolan, auskultasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : ada bunyi timpani, palpasi : ada bising usus.

c) Alat kelamin

Alat kelaminnya bersih, tidak ada sekretnya, tidak ada nyeri tekan, ada benjolan ambeien di anus.

d) Kulit

Warna kulit coklat, tidak ada lesi atau edema, bentuk kuku normal, kuku tebal, tekstur kuku lembut, kelembapan kulit kurang, turgor kulit normal, *pengisian kapiler* <3 detik, tidak ada sianosis

4. Data pendukung

a) Pemeriksaan penunjang

Pada tanggal 11 Februari 2024, klien melakukan pemeriksaan laboratorium sebagai bagian dari pemeriksaan penunjang. Darah rutin 1 diperiksa hematologi, hasil hemoglobin 15,6 (nilai acuan 13,2-17,3 g/dL), hematokrit 43,5 (nilai acuan 33,0-45,0 persen), leukosit 11,94 (nilai acuan 3,80-10,60 ribu/uL), trombosit 207 (nilai rujukan 150-440 ribu/uL), dan golongan darah/Rh dengan hasil A/positif. PPT, dengan hasil masing-masing 9,8 (nilai referensi 9,3-11,4 detik) dan 11,9 (kontrol). APTT (kontrol) menghasilkan hasil 26,8 (nilai acuan 20,7-28,1 detik) dan 23,8 (nilai acuan 21,8-28,4 detik). Kimia Klinis, pembacaan instan glukosa 114 mg/dL (nilai rujukan 200 mg/dL), urea 20 mg/dL (nilai rujukan 10-50 mg/dL), dan kreatinin 0,96 mg/dL (nilai rujukan 0,70 -1,30 mg/dL) diperoleh. Elektrolit (Na, K, dan Cl): klorida (Cl) dengan hasil 101,0 (nilai rujukan 95-105 mmol/L), natrium (Na) dengan hasil 130,0 (nilai rujukan 135-147 mmol/L), kalium (K) dengan hasil 3,00 (nilai acuan 3,5-5,0 mmol/L), dan klorida (Cl) dengan hasil 101,0 (nilai acuan 95-105 m

IMUNOLOGI, HBsAg (kuantitatif) dengan hasil

lebih besar dari 250 (reaktif $\geq 0,05$ IU/mL, nilai referensi non-reaktif 0,05)..

b) Terapi DIIT diperoleh

Klien mendapat infus RL 20 tpm, injeksi cefoperazone sulbactam dua kali sehari, ketorolac 2x30 mg, asam traneksamat 3x500 mg, injeksi paracetamol 1000 mg/8jam, 50 mg/12 jamdekstropfen, ketamin (injeksi) 0,35 cc/jam, dan omeprazole 20 mg diberikan 2 kali sehari, Diit makan yang didapat adalah 50 ml air gula/6 jam.

5. Analisis data

Data diperoleh pada analisa data pertama pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 10.00 WIB dengan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri pada anus, P : nyeri saat duduk dan tidur telentang, Q : nyeri seperti tersayat, R : pada anus , S : skala nyeri 5, T : nyeri yang datang dan pergi. Sedangkan data obyektifnya klien tampak meringis, dengan TTD : TD : 147/90 mmHg, Suhu : 36,5 ° C, RR : 20x/menit, Nadi : 108x/menit, SpO₂ : 99%. Penulis menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan data tersebut, yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik..

Data fokus kedua pada tanggal 11 Januari 2024 pukul 10.00 WIB diperoleh data subyektif, klien mengatakan mengalami gangguan istirahat, dengan susah tertidur dan terbangun pada sore hari sehingga tidak dapat kembali istirahat hingga pagi hari. Sementara itu, data obyektif menunjukkan bahwa klien lesu dan memiliki kantung di bawah matanya.. dengan TD : 147/90

mmHg, Suhu : 36.5°C, Frekuensi Pernapasan : 20x/menit, Nadi : 108x/menit, SpO₂ : 99%. Penulis menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan data ini untuk gangguan pola tidur yang berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

6. Rencana Asuhan Keperawatan

Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik adalah diagnosis pertama. Setelah tiga kali 24 jam berturut-turut, diharapkan tingkat nyeri akan berkurang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan: berkurangnya keluhan terhadap nyeri, berkurangnya ekspresi meringis, berkurangnya kegelisahan. Adapun intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengenali skala nyeri, memberikan strategi farmakologi, memberikan cara non farmakologi untuk mengurangi nyeri (misalnya kompres hangat, pijat, terapi musik), ajarkan distraksi relaksasi.

Gangguan pola tidur b.d. kurang kontrol tidur merupakan diagnosis kedua. Maksud dan ukuran luaran yang diterapkan adalah setelah melakukan aktivitas selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan pola tidur akan berkurang, dengan intervensi berupa kesulitan tidur akan berkurang dan kemampuan melakukan olah raga akan meningkat ke tingkat selanjutnya. . Langkah-langkah berikut diambil: menentukan hubungan antara aktivitas dan pola tidur, menentukan faktor fisik dan/atau psikologis yang mengganggu tidur, memfasilitasi menghilangkan stres, mengajarkan relaksasi auto-genetik atau teknik non-farmakologis lainnya, menetapkan jadwal tidur yang teratur, dan

memodifikasi lingkungan (seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, kasur, dan tempat tidur).

7. Implementasi

Implementasi pertama yaitu nyeri akut b.d. agen cedera fisik dengan mengidentifikasi nyeri dilakukan pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 11.00 WIB. Respon klien terhadap data subjektif adalah untuk data subjektif berupa klien mengatakan merasakan nyeri pada anus, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti tersayat, R : pada bagian anus, S : T : nyeri skala 5 : hilang timbul, dengan data objektif yang menunjukkan klien meringis kesakitan. Implementasi kedua yaitu pemberian terapi farmakologi untuk meredakan nyeri dilakukan pada pukul 11.50. respon klien terhadap data subjektif: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada anus, padahal data objektif menyatakan bersedia menerima suntikan ketorolac 30 mg. Pukul 13.00 WIB melakukan implementasi ketiga, tepatnya mengajarkan tehnik relaksasi otot progresif. Respon klien terhadap data subjektif: Klien bersedia mempelajari teknik relaksasi otot progresif dan mengatakan nyeri masih ada. Untuk sementara, data obyektif: klien tampaknya mampu mengulangi instruksi dan mengikutinya dengan baik.

Implementasi dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 13.50 WIB dengan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur b.d. kurangnya kontrol tidur. Pola tidur dan respon aktivitas klien berdasarkan data subjektif ditemukan pada awal implementasi: Klien mengatakan sulit tidur, dan jika tidur, ia akan terbangun di malam hari dan tidak dapat tidur lagi hingga

keesokan harinya. Data obyektif: Klien memiliki kantung di bawah matanya dan tampak lesu. Pukul 14.00 WIB melakukan implementasi kedua dengan memberikan penghilang stress seperti memperhatikan musik, reaksi klien terhadap data subjektif : klien mengatakan mampu mengikuti arahan yang diberikan penulis, data obyektif: Setelah mendengarkan musik, klien tampak seperti sedikit lebih nyaman.

Implementasi hari kedua dilaksanakan pada tanggal 12 Februari 2024 pukul 14.00 WIB dengan diagnosa keperawatan nyeri akut b.d. agen cedera fisik dengan melakukan intervensi pertama yaitu mengidentifikasi nyeri, respon klien terhadap data subjektif: klien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang, P : nyeri saat gerak, Q: rasa tidak nyaman seperti tersayat, R: pada anus, S : nyeri skala 4, T : nyeri hilang-timbul. data obyektif: klien tampak menyeringai kesakitan. Suhu : 110/70 mmHg 36°C, RR : 21x/menit, N : 93x/menit. Intervensi kedua dilakukan berupa pemberian obat analgetik parasetamol untuk meredakan nyeri pada pukul 14.50 WIB. Respon klien terhadap data subjektif: Selama klien bersikap kooperatif dan berbaring di tempat tidur untuk mendapatkan data obyektif, ia mengatakan bersedia menerima suntikan. Intervensi ketiga yang mengajarkan teknik relaksasi otot progresif dilakukan pada pukul 15.00. Tanggapan klien terhadap data subyektif : klien mengatakan dapat melakukannya sendiri meskipun dibantu oleh keluarga, sedangkan data obyektif: klien dapat mempraktikkannya dengan baik dan melakukannya lagi.

Pada tanggal 12 Februari 2024 pukul 16.30 dilakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa pola tidur berhubungan dengan tidak kontrol istirahat. Respon klien terhadap data subjektif: Klien menyatakan masih terbangun di malam hari dan sesekali mencoba untuk tertidur kembali, namun untuk informasi objektif: mata klien tampak ada kantung di bawah matanya. Lakukan intervensi kedua untuk mengubah lingkungan dengan pencahayaan redup pada pukul 16.00 WIB. Respon subjektif klien: Klien menyatakan bahwa mematikan lampu kamar membantunya tidur lebih nyenyak, dan data obyektif: Saat tidur di kamar yang redup, klien tampak lebih nyaman..

Diagnosa keperawatan nyeri akut b.d. agen cedera fisik dilakukan pada pelaksanaan hari ketiga tanggal 13 Februari 2024 pukul 15.00 dengan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan ketidakpekaan nyeri. Respon subjektif klien : Klien menyatakan nyerinya sudah berkurang dan bersedia dikaji. P : Saat beraktivitas atau bergerak timbul nyeri. Q : seperti tersayat, R : nyeri di anus, S: skala 3, T: hilang timbul. Data obyektif: klien tampak tersenyum lebar dan lebih ramah dibandingkan sebelumnya. Ajarkan teknik relaksasi otot progresif sebagai intervensi kedua pada pukul 15.30 WIB. Respon klien terhadap data subjektif: Klien dapat berlatih sendiri tanpa bantuan orang lain, namun data objektif: klien dapat berlatih sendiri dengan baik dan akurat.

Implementasi dilaksanakan pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 18.00 dengan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur b.d. kurangnya kontrol

tidur. Respon klien terhadap data subyektif pada saat intervensi keperawatan pertama untuk mengidentifikasi pola tidur dan aktivitas: klien mengatakan mempunyai pilihan untuk beristirahat dengan nyenyak dan jarang terbangun di malam hari, sedangkan untuk data objektif: klien tampak menyeringai dan menyenangkan ketika dievaluasi. Respon klien merupakan data subjektif, dan intervensi keperawatan kedua dilakukan pada pukul 18.30 WIB dengan menerapkan jadwal rutin: Klien menyatakan bersedia mengikuti jadwal tidur yang teratur, namun secara obyektif: Pelanggan membantu dan bersedia tidur sesuai ke jadwal yang ditentukan.

8. Evaluasi

Pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 20.00 WIB hasil evaluasi dengan diagnosa perawatan nyeri b.d. agen pencedera fisik. S : klien mengatakan nyeri pada anus, O : klien terlihat meringis kesakitan, P : nyeri saat beraktivitas/ bergerak, Q: seperti tersayat, R: di anus, S: skala nyeri 5, T : hilang timbul, A : masalah belum terselesaikan, P : melanjutkan intervensi 2,3,4,5.

Hasil evaluasi dengan diagnosis gangguan pola tidur b.d. kurang kontrol tidur pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 21.00 WIB : S : Klien mengeluh jika terbangun pada malam hari dan tidak dapat tidur kembali hingga keesokan harinya sulit baginya untuk tidur. O: Karena kurang tidur, klien tampak lesu, A: permasalahan belum terselesaikan, tujuan belum tercapai, P: lanjut intervensi 1, 2, 4, 5, dan 6.

Pada tanggal 12 Februari 2024 pukul 20.000 WIB diagnosa keperawatan nyeri akut b.d. agen cidera tubuh, S: klien mengatakan nyeri sedikit berkurang. P: Klien tampak mengerutkan kening, P: rasa tidak nyaman saat bergerak atau beraktivitas, Q: seperti tersayat, R: S: di bagian anus, S: skala nyeri 4, A: masalah terselesaikan hanya sebagian; oleh karena itu intervensi harus dilanjutkan, P: lanjut intervensi 2 dan 5.

Hasil evaluasi terungkap pada tanggal 12 Februari 2024 pukul 21.00 dengan diagnosa keperawatan gangguan tidur b.d. kontrol tidur yang kurang, S : klien mengatakan sebenarnya terbangun pada malam hari dan beberapa kali berusaha istirahat lagi, O : mata klien terdapat kantung di bawah matanya, A: masalah terselesaikan sebagian, tujuan tidak tercapai, P : lanjutkan intervensi 4 dan 5

Hasil evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut b.d. cedera fisik pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 13.00 WIB, S : Pasien mengatakan nyeri pada anusnya sudah mereda, dan P : nyeri terjadi pada saat aktifitas/bergerak. , Q: seperti tersayat, R: rasa tidak nyaman di anus, S: skala nyeri 3, T: hilang-timbul, O : klien tampak tersenyum kooperatif, A : Masalah sudah teratasi, namun tujuan belum tercapai, P: lanjutkan dengan intervensi 2 dan 5.

Pada tanggal 13 Februari 2024 pukul 14.00 WIB hasil evaluasi keperawatan diagnosa gangguan pola tidur b.d. kurang kontrol tidur, S : pasien mengatakan mulai bisa istirahat dan jarang terbangun pada malam

hari, O : terdapat mata muncul, A: masalah teratasi, tujuan tercapai sebagian, P: lanjut intervensi 4 dan 5.

(2) Pembahasan

Pada bab IV akan kita bahas asuhan keperawatan Tn.A di Ruang Baitusalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang dengan kasus hemoroid derajat IV pasca operasi selama tiga hari mulai tanggal 11 Februari hingga 13 Februari 2024. Dengan fokus pada bagian-bagiannya, tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, analisis diagnosis keperawatan, pengambilan keputusan intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan..

1. Analisis Pengkajian Keperawatan

Tn.A terdiagnosa hemoroid, menurut pengkajian yang dilakukan pada tanggal 11 Februari 2024 pukul 10.00 WIB penulis akan membahas tentang pengkajian yang belum sepenuhnya didokumentasikan di bagian ini. Landasan prosedur keperawatan adalah pengkajian, yang bertujuan untuk mengumpulkan data dan informasi klien untuk mengidentifikasi masalah fisik dan lingkungan, masalah kesehatan, dan keperawatan. (Finamore et al., 2021)

2. Diagnosa keperawatan

Penulis menggunakan SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) sebagai landasan teori dalam menentukan diagnosis keperawatan dan memberikan prioritasnya.

a) Nyeri akut

Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik d.d. klien mengatakan nyeri dibagian anus yang dirasakan hilang timbul. Pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari tiga bulan dan disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual atau fungsional dan timbul secara tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat. Alhasil, diagnosa inilah yang diangkat oleh penulis (PPNI, 2016).

Karakteristik nyeri yang terbatas: berfokus pada nyeri klien, penulis menegakkan diagnosis nyeri akut berdasarkan keterbatasan karakteristik nyeri (PPNI, 2016) dan klien meringis dan gelisah saat mengeluh nyeri.

Penulis menyiapkan rencana asuhan keperawatan penentuan nyeri akut setelah tindakan keperawatan dilakukan selama 3 x 24 jam, diharapkan derajat nyeri akan berkurang dengan kriteria hasil: berkurangnya keluhan nyeri, berkurangnya ekspresi wajah meringis, dan berkurangnya kecemasan. Intervensi yang dapat dilakukan: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; memberikan manajemen nyeri farmakologis (seperti terapi kompres hangat, terapi pijat, dan terapi musik); dan mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi (PPNI, 2016). Latihan aktivitas pengalihan untuk meredakan ketegangan, pengajaran teknik relaksasi, dan dorongan adalah beberapa intervensi yang dilaksanakan (PPNI, 2016).

Ketika teknik relaksasi otot progresif diajarkan kepada klien untuk meringankan nyeri pasca operasi, klien mengeluh bahwa bergerak terasa sakit, dengan skala 5, seperti tersayat-sayat, klien tidak kuat menahan nyeri.

Hasil evaluasi menunjukkan saat dikaji klien menyatakan merasa lebih nyaman dan tenang. Evaluasi juga menunjukkan bahwa nyeri klien mengalami penurunan dari skala nyeri 5 menjadi skala nyeri 3, klien tampak dalam keadaan istirahat, dan tekanan darah serta denyut nadinya berubah setelah setiap intervensi, yaitu 110/80 mmHg dan nadi 80 x/menit.

b) Gangguan pola tidur

Menurut PPNI (2016), gangguan pola tidur adalah gangguan kuantitas dan kualitas tidur yang disebabkan oleh faktor eksternal. Penulis mengangkat diagnosis tersebut pada tanggal 11 Februari 2024 setelah mendapat informasi pada saat pengkajian bahwa klien mengeluh sulit tidur saat terbangun di malam hari dan tidak dapat tidur lagi hingga pagi hari. Menurut PPNI (2016), keluhan kurang istirahat, sulit tidur, dan berkurangnya kemampuan beraktivitas merupakan keterbatasan khas dalam diagnosa keperawatan.

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosis gangguan pola tidur dibuat oleh penulis. Tujuan dan kriteria hasil yang teridentifikasi: gangguan pola tidur diharapkan teratasi setelah tiga kali intervensi keperawatan 24 jam, dengan kriteria hasil sebagai

berikut: peningkatan kapasitas beraktivitas, penurunan kesulitan tidur, dan penurunan kesulitan istirahat (PPNI, 2019) . Intervensi berikut dilakukan: mengenali pola tidur dan aktivitas, identifikasi unsur-unsur yang mengganggu istirahat, bekerja dengan bantuan tekanan, menunjukkan pelepasan otot autogenetik atau teknik non-farmakologis lainnya, menyusun rencana istirahat standar, modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, suhu, tidur bantal, tempat tidur) (PPNI, 2018).

Gangguan pola tidur penulis atasi dengan terapi relaksasi otot progresif. Kualitas tidur seseorang dipengaruhi oleh terapi relaksasi. Hal ini dipengaruhi oleh terapi relaksasi otot progresif yang berpotensi menurunkan hormon stres, meningkatkan perasaan rileks, mengaktifkan hormon endorfin alami, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan bentuk kecemasan lainnya, ketegangan, selanjutnya mengembangkan sistem sintesis tubuh sehingga menurunkan denyut nadi dan memudahkan kembali pernapasan, denyut nadi, detak jantung dan gerakan, mengurangi rasa gugup dan mengurangi tekanan otot.

(3) Keterbatasan

Penulis menemukan keterbatasan berikut dalam studi kasus ini:

- 1) Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, terdapat beberapa pemeriksaan yang tidak dilakukan langsung oleh penulis melainkan hanya melihat rekam medis saja.

- 2) Tidak ada dokumentasi berupa foto atau video pada saat pelaksanaan karena klien dan keluarga tidak berkenan untuk didokumentasikan.
- 3) Penulis kesulitan memperoleh referensi dan teori tentang pemberian terapi relaksasi otot progresif pada tahap kebutuhan dasar..



BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

Pada tanggal 11 Februari hingga 13 Februari 2024, dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari. Kesimpulan dan saran terhadap asuhan keperawatan pada pasien khususnya penderita penyakit hemoroid merupakan tahap akhir dari penyusunan karya ilmiah ini.

A. Kesimpulan

Penulis memperoleh kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Tn. A penderita wasir pasca operasi sebagai berikut :

- 1) Dapat disimpulkan bahwa hemoroid adalah keluarnya daging dari anus akibat buang air besar yang berulang-ulang, keras dan sering disertai darah akibat luka.
- 2) Pengkajian yang dilakukan mulai dari data umum, pola kesehatan fungsional, pemeriksaan fisik, hingga data pendukung. Pada penelitian Tn. A pada tanggal 11 Februari 2024 pasca operasi yaitu mengeluh sulit bergerak karena nyeri pasca operasi, mengeluh nyeri pada anus akibat nyeri pasca operasi, sulit tidur saat sedang tidur, terbangun pada malam hari dan tidak dapat tidur kembali hingga pagi hari.
- 3) Masalah keperawatan yang timbul pada Tn. A adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan klien mengeluh nyeri hilang timbul pada anus, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur yang dibuktikan dengan keluhan klien.

sulit tidur, terbangun di malam hari dan tidak bisa tidur lagi hingga pagi hari.

- 4) Rencana tindakan keperawatan ditentukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, fokus intervensi diberikan pada Tn. A dengan prioritas diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu terapi relaksasi otot progresif.
- 5) Implementasi dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah disusun pada masing-masing diagnosa keperawatan.
- 6) Hasil evaluasi yang diperoleh setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari menunjukkan bahwa tujuan tercapai dan masalah teratasi.

B. Saran

- 1) Institusi Pendidikan

Membuat karya ilmiah untuk dijadikan referensi bagi institusi pendidikan dalam penyusunan asuhan keperawatan pada kasus pasca operasi hemoroid

- 2) Bidang Praktik Rumah Sakit

Hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien cukup memuaskan, namun sebaiknya kita lebih meningkatkan mutu pelayanan agar kita dapat memberikan asuhan keperawatan dan mengikuti perkembangan ilmu kesehatan sehingga dapat kita terapkan setiap asuhan keperawatan sesuai dengan teori.

- 3) Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat memberikan informasi tambahan kepada tenaga kesehatan, media massa, dan media elektronik tentang cara mencegah penyakit hemoroid dan mendukung sosialisasi tentang penyakit hemoroid.



DAFTAR PUSTAKA

- Ezpinoza Juanillo, N. C., & Rupa Huayllapuma, A. (2018). *No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析*Title. 1–26.
- Fatmawati, A. (2018). *Jurnal Keperawatan Indonesia. Jurnal Keperawatan Indonesia, 21(1), 16424.* <https://www.neliti.com/id/publications/260853/regulasi-diri-pada-penyakit-kronis-systemic-lupus-erythematosus-kajian-literatur>
- Finamore, P. da S., Kós, R. S., Corrêa, J. C. F., D, Collange Grecco, L. A., De Freitas, T. B., Satie, J., Bagne, E., Oliveira, C. S. C. S., De Souza, D. R., Rezende, F. L., Duarte, N. de A. C. A. C. D. A. C., Grecco, L. A. C. A. C., Oliveira, C. S. C. S., Batista, K. G., Lopes, P. de O. B., Serradilha, S. M., Souza, G. A. F. de, Bella, G. P., ... Dodson, J. (2021). *No Title: أمين. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(February), 2021.* <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750><https://doi.org/10.1080/17518423.2017.1368728><http://dx.doi.org/10.1080/17518423.2017.1368728><https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103766><https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1689076><https://doi.org/10.1080/02640414.2019.1689076>
- Fres. (2022). *No Title: הכישה קשה לראות מה את לראות קשה לראות. הארץ, 8.5.2017, 2003–2005.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Kemenkes RI, 2019. (2019). Scanned with CamScanner. *Narratives of Therapists' Lives, 1, 138–139.*
- PERTAMEDIKA, S. (2018). *Perawatan luka Hemoroidektomi. 53.*

Sagitha, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Hemoroidektomi Dengan Gangguan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis*. 1–83.
[http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/632/Meta Sagitha-1-83.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/632/Meta%20Sagitha-1-83.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wijaya, E., & Nurhidayati, T. (2020). Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Dalam Menurunkan Skala Nyeri Sendi Lansia. *Ners Muda*, 1(2), 88.
<https://doi.org/10.26714/nm.v1i2.5643>

