

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Hemoroid

2.1.1. Definisi

Hemoroid merupakan jaringan normal yang terdapat pada semua orang, hemoroid atau disebut juga wasir merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari pleksus hemoroidalis. Hemoroid adalah struktur normal dari tubuh manusia yang terdiri dari 3 unsur, yaitu mukosa, stroma yang terdiri dari pembuluh darah, otot polos, dan jaringan penunjang, serta jaringan ikat (R.Sjamsuhidajat, 2017).

Kondisi pembengkakan pembuluh vena pada area sekitar dubur merupakan kondisi yang terjadi pada penyakit Hemoroid. Hemoroid biasa dikenal dengan sebutan ambeien (Hiko & Zendrato, 2022). Hemoroid adalah perubahan bentuk atau dilatasi pembuluh darah kolateral anal dan perianal yang menghubungkan aliran vena kava untuk mengurangi tekanan vena yang meningkat pada pleksus hemoroid (ANISA NATASA, 2020).

Dari definisi menurut beberapa para ahli diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa hemoroid merupakan kondisi medis yang terjadi akibat pelebaran, pembengkakan dan indlamasi pada pembuluh darah vena di area anus atau rectum bagian bawah, khususnya pada pleksus hemoroidalis. Hemoroid dikenal secara umum sebagai ambein dan merupakan kondisi yang umum terjadi di masyarakat.

2.1.2. Etiologi

Hemoroid dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya:

2.1.2.1 Diet tinggi serat

Rendahnya mengkonsumsi makanan yang berserat tinggi mengakibatkan feses mengeras sehingga dapat menyebabkan trauma pada plexus hemoroidalis yaitu:

a. Konstipasi

Konstipasi merupakan terjadinya suatu keadaan kesulitan untuk melakukan buang air besar dan di perlukan mengedan yang kuat ketika buang air besar. Hal ini disebabkan oleh feses yang kering dan keras pada colon descendens yang menumpuk karena absorpsi cairan yang berlebihan. Keadaan konstipasi menyebabkan waktu mengedan menjadi lebih lama sehingga tekanan yang kuat pada saat mengedan dapat mengakibatkan trauma pada plexus hemoroidalis dan munculnya penyakit hemoroid.

b. Usia lanjut

Pada usia lanjut terjadi degenerasi jaringan-jaringan tubuh dan terjadi penurunan kontraksi m.sphincter. Kedua hal di atas menyebabkan kelemahan m.sphincter sehingga timbul prolaps pada anus.

c. Aktivitas fisik berat.

Seseorang yang mempunyai aktivitas fisik berat, dalam jangka waktu yang lama dan frekuensi rutin, maka akan mengakibatkan meningkatnya tekanan vena hemoroid sehingga menyebabkan penyakit hemoroid.

d. Kehamilan.

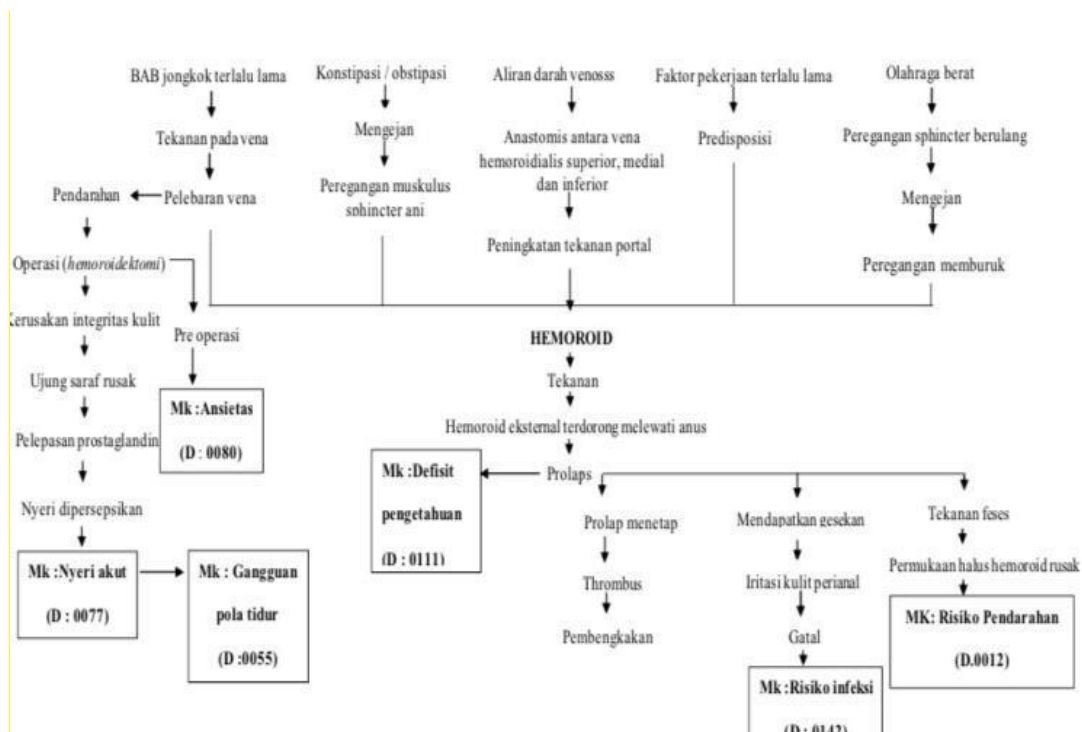
Wanita hamil mengalami peningkatan hormon progesteron yang mengakibatkan peristaltik saluran pencernaan melambat dan otot-ototnya berelaksasi. Wanita hamil juga mengalami peningkatan tekanan intra abdomen yang akan menekan vena di rektum. Proses melahirkan juga dapat menyebabkan hemoroid karena adanya penekanan yang berlebihan pada area plexus hemoroidalis (Hiko & Zandrato, 2022).

2.1.3. Patofisiologi

Hemoroid dapat terjadi pada individu yang sehat. Hemoroid umumnya menyebabkan gejala ketika mengalami pembesaran, peradangan atau prolaps sebagian besar penulis menyetujui bahwa diet rendah serat menyebabkan bentuk feses menjadi kecil, sehingga menyebabkan kondisi mengejan selama BAB peningkatan tekanan ini menyebabkan pembengkakan dari hemoroid, kemungkinan gangguan venous return. Hemoroid eksternal diklasifikasi sebagai akut dan kronis. Bentuk akut berupa pembekakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan suatu hematoma. Trombosis akut biasa berkaitan dengan peristiwa tertentu seperti tenaga fisik, berusaha dengan mengejan, diare atau perubahan dalam diet. Kondisi hemoroid eksternal memberikan manifestasi menjadi kurang hygiene akibat kelembaban dan rangsangan

akumulasi mukus. Keluarnya mukus dan terdapat feses pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid yang mengalami prolapse menetap.

Tekanan pada abdominal menyebabkan hemoroid yang mampu menekan vena hemoroidalis sehingga menyebabkan dilatasi pada vena yang dapat di bagi menjadi 2, diantaranya Interna dan Eksterna. Pertama yaitu hemoroid Interna (dilatasi sebelum spinter) Hemoroid interna merupakan pleksus vena hemoroidalis superior di atas garis mukotan yang ditutupi oleh mukosa. Hemoroid interna merupakan bantalan vascular di dalam jaringan submukosa pada rectum sebelah bawah. Hemoroid sering dijumpai pada tiga posisi primer yaitu kanan depan, kanan belakang, dan kiri lateral. Hemoroid yang lebih kecil terletak di antara ketiga primer tersebut dan ditandai dengan adanya perdarahan. Sedangkan hemoroid eksterna merupakan penonjolan dan pelebaran pembuluh darah di sekitar anus di bagian luar, tepatnya di bawah garis batas kulit dengan lapisan dalam anus (garis mukokutan), pembengkakan ini terjadi di jaringan yang berada di bawah permukaan kulit anus (R.Sjamsuhidajat, 2017).



Gambar 2.1 Patofisiologi
Sumber: (Kusuma, 2016)

2.1.3 Tanda dan Gejala

Seseorang dengan kondisi hemoroid akan mengalami tanda gejala yang umum terjadi seperti nyeri pada daerah anus, prolaps, muncul benjolan, hingga terjadi perdarahan. Gejala khas yang muncul pasien dengan kondisi hemoroid interna yang masih pada stadium awal akan muncul gejala keluarnya perdarahan berwarna merah segar tetapi tidak disertai rasa nyeri saat defekasi. Perdarahan umumnya merupakan tanda pertama hemoroid interna akibat trauma yang disebabkan oleh feses yang keras. Pada hemoroid interna derajat I akan mengalami tanda gejala seperti berdarah dan tidak menonjol keluar anus, derajat II yaitu berdarah, menonjol keluar anus, reposisi spontan, derajat III berdarah, menonjol keluar anus dan reposisi manual, sedangkan derajat IV tidak dapat direposisi lagi atau pada hemoroid interna stadium akhir, gejala nyeri akan muncul disertai perdarahan dan prolapse menetap sehingga tidak bisa masuk lagi meskipun dengan bantuan dorongan. Tanda gejala yang muncul pada pasien dengan hemoroid eksternal seperti bengkak kebiruan pada tepi anus (Putri, 2024).

2.1.4 Pemeriksaan Diagnostik

- 2.1.4.1 Pemeriksaan colok dubur: digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rektum, pada hemoroid interna tidak dapat diraba dikarenakan tekanan vena didalamnya tidak terlalu tinggi dan biasanya tidak nyeri.
- 2.1.4.2 Anoskop: digunakan untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol ke arah luar.
- 2.1.4.3 Proktokolesigmoidoskopi: Untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi.
- 2.1.4.4 Foto barium colon: Tindakan rontgen kolon (usus besar) atau sering disebut juga *colon in loop* yaitu merupakan pemeriksaan usus besar dengan menggunakan sinar rontgen. Tindakan ini dapat dilakukan saat pasien mengalami nyeri perut, diare kronik, buang air besar berdarah atau dengan kondisi pasien dengan berat badan menurun.
- 2.1.4.5 Pemeriksaan darah laboratorium : pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat apakah adanya anemia yang mungkin disebabkan oleh perdarahan dari hemoroid (Hiko & Zendrato, 2022).

2.1.6 Penatalaksanaan

Terapi hemoroid interna yang simptomatik harus diterapkan secara perorangan. Hemoroid merupakan suatu hal yang normal sehingga dilakukannya terapi untuk menghilangkan keluhan. Penatalaksanaan hemoroid diantaranya:

2.1.6.1 Penatalaksanaan Medis

a. Obat-obatan

Apabila hemoroid menimbulkan rasa ketidaknyamanan ringan, maka pemberian terapi yang diberikan yaitu pemberian krim, salep, suppositoria, bantalan, pereda nyeri dengan konsumsi obat secara oral yaitu *acetaminophen*, aspirin, ibuprofen.

b. Trombectomy hemoroid eksternal

Trombosis atau gumpalan darah yang telah terbentuk pada wasir eksternal maka dokter akan melakukan tindakan menghilangkan bekuan dengan sayatan dan drainase sederhana.

c. Prosedur minimal invasif

Perdarahan persisten dan wasir yang menyakitkan dapat dilakukan beberapa prosedur diantaranya ligasi karet gelang, injeksi (skleroterapi) dan koagulasi (inframerah, lesar).

d. Prosedur operasi

Apabila prosedur lain tidak berhasil atau kondisi wasir yang dialami penderita sudah parah maka dapat dilakukan prosedur pembedahan berupa hemoroidektomi:

Operasi terdapat dua prinsip dalam melakukan operasi hemoroid yaitu :

1. Pengangkatan pleksus dan mukosa
2. Pengangkatan pleksus tanpa mukosa (R.Sjamsuhidajat, 2017).

2.1.6.2 Penatalaksanaan Non Medis

Dapat dilakukan pada penderita hemoroid derajat I dan II seperti diet tinggi serat untuk melancarkan buang air besar, mempergunakan obat-obatan flebodinamik dan sklerotika, *rubber band ligation* yaitu tindakan yang dilakukan dengan menyingkat hemoroid dengan karet elastis sekitar 1 minggu. Menjaga kebersihan area anal, merendam anus secara teratur di dalam air hangat, menempatkan kompres es di atas area nyeri (Jojo Silaban, 2024).

2.1.7 Komplikasi

Rektum akan relaksasi dan keinginan untuk defekasi hilang apabila defekasi tidak sempurna. Air tetap terus diabsorpsi dari massa feses yang menyebabkan feses menjadi keras, sehingga

defekasi selanjutnya lebih sukar. Tekanan fases berlebihan menyebabkan kongesti vena hemoroidalis interna dan eksterna, dan merupakan salah satu penyebab hemoroid (vena varikosa rektum). Daerah anorektal sering merupakan tempat abses dan fistula, kanker kolon dan rektum merupakan kanker saluran cerna yang paling sering terjadi pada penderita konstipasi. Komplikasi lain yang dapat terjadi diantaranya hipertensi arterial, impaksi fekal, fisura, serta mengkolon (Jojo Silaban, 2024) (Hiko & Zendrato, 2022).

2.1.8 Klasifikasi

2.1.8.1 Hemoroid eksternal

Hemoroid eksternal didefinisikan sebagai proses pembesaran atau varises pada vena rektalis inferior yang terletak di bawah linea dentata dan ditutupi oleh kulit perianal. Hemoroid eksternal dibagi menjadi eksternal akut dan kronis. Ciri-ciri yang muncul pada hemoroid eksternal seperti terasa nyeri akibat peradangan, serta muncul kebiruan pada tepi anus akibat hematoma.

2.1.8.2 Hemoroid interna

Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan di atas linea dentata dan dilapisi atau tertutup oleh mukosa. Hemoroid interna dibagi menjadi empat derajat yaitu:

a. Derajat I

Terjadi dilatasi pleksus hemoroid superior yang tidak mengalami prolaps dan hanya terdapat luka kecil dan perdarahan. Perdarahan dapat diidentifikasi melalui prosedur sigmoidoskopi

b. Derajat II

Terdapat dilatasi pleksus hemoroid. Pada waktu gerak, benjolan keluar saat mengejan selama defekasi dan saat selesai defekasi, benjolan mampu kembali masuk tanpa didorong dengan jari atau secara spontan.

c. Derajat III

Sama dengan derajat II. Tetapi benjolan yang keluar saat defekasi tidak dapat masuk spontan tanpa didorong dengan jari.

d. Derajat IV

Benjolan mengalami inkarserasi dan tidak dapat didorong masuk ke anus. Benjolan dapat terjepit di luar dan menyebabkan inflamasi, oedema, dan ulserasi (Putri, 2024).

2.1.9 Manajemen Pre dan Post Operasi Hemoroid

2.1.9.1 Manajemen Pre Operasi Hemoroid

Manajemen pre-operasi merupakan langkah penting dalam mempersiapkan pasien secara menyeluruh sebelum tindakan bedah hemoroid dilakukan. Tujuan dari manajemen pre-operatif adalah untuk mengurangi risiko komplikasi selama dan setelah pembedahan serta memastikan pasien dalam kondisi optimal baik secara fisik maupun psikologis. Menurut (Hiko, 2022), manajemen pre-operatif pada pasien hemoroid harus mencakup:

a. Edukasi Pasien

Edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai prosedur yang akan dijalani, termasuk jenis operasi (misalnya hemoroidektomi terbuka atau tertutup), risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, serta proses pemulihan. Edukasi ini penting untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien dan meningkatkan partisipasi pasien dalam proses perawatan. (Dinata I. G., 2021).

b. Persiapan Psikologis

Kecemasan pre-operatif dapat mempengaruhi stabilitas hemodinamik pasien. Oleh karena itu, perawat perlu memberikan dukungan psikologis, serta melakukan pendekatan komunikasi terapeutik agar pasien merasa tenang menjelang operasi (Hidayatulloh, 2023).

c. Pemeriksaan Laboratorium dan Penunjang

Meliputi pemeriksaan darah lengkap (Hb, leukosit, trombosit), fungsi hemostasis (waktu perdarahan dan pembekuan), fungsi ginjal dan hati, serta elektrokardiogram (EKG) jika pasien berusia lanjut. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui adanya kelainan yang perlu dikoreksi sebelum operasi (Hiko, 2022).

d. Persiapan Usus dan Pencernaan

Pasien dianjurkan untuk melakukan puasa minimal 6-8 jam sebelum operasi. Selain itu, pemberian laksatif atau enema pada malam sebelum operasi bertujuan untuk mengosongkan rektum dan mengurangi risiko infeksi saat pembedahan berlangsung (Dedi Sukurokhman, 2020).

e. Penatalaksanaan Penyakit Penyerta

Pasien dengan komorbid seperti hipertensi, diabetes mellitus, atau gangguan koagulasi harus mendapatkan terapi dan kontrol terlebih dahulu sebelum dilakukan tindakan pembedahan untuk mencegah komplikasi intraoperatif (Alfi syahri, 2023).

2.1.9.2 Manajemen Post Operasi Hemoroid

Manajemen post-operasi hemoroid bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka, mengurangi nyeri, serta mencegah komplikasi seperti (Hiko, 2022) aspek penting dalam manajemen pasca operasi hemoroid meliputi:

a. Manajemen Nyeri

Rasa nyeri pasca hemoroidektomi dapat sangat mengganggu aktivitas harian pasien. Terapi farmakologis berupa pemberian analgetik seperti paracetamol, ibuprofen, atau tramadol dapat diberikan berdasarkan skala nyeri pasien. Selain itu, terapi non-farmakologis seperti kompres hangat dan teknik relaksasi juga dapat digunakan (Hiko, 2022).

b. Perawatan Luka Operasi

Kebersihan luka anus sangat penting untuk mencegah infeksi sekunder. Pasien disarankan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri atau dibantu oleh tenaga medis. Perawatan meliputi penggunaan antiseptik lokal (povidone iodine), penggantian balutan secara berkala, dan evaluasi luka secara visual (Dinata I. G., 2023).

c. Sitz Bath (Rendam Air Hangat)

Sitz bath merupakan salah satu intervensi yang efektif untuk mempercepat penyembuhan dan mengurangi nyeri. Metode ini dilakukan dengan merendam area perianal dalam air hangat selama 10-15 menit, 2-3 kali sehari. Air hangat membantu merelaksasi otot, meningkatkan sirkulasi darah, serta mengurangi spasme otot sfingter (Dinata I. G., 2023).

d. Pencegahan Konstipasi

Konstipasi merupakan salah satu faktor risiko utama kekambuhan hemoroid pasca operasi. Oleh karena itu, pasien dianjurkan untuk mengonsumsi makanan tinggi serat (sayuran hijau, buah-buahan, biji-bijian), minum air putih minimal 2 liter/hari, dan melakukan aktivitas fisik ringan. Pemberian laksatif ringan dapat diresepkan selama masa pemulihan awal (Hidayatulloh, 2023).

e. Pemantauan Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pasca operasi hemoroid antara lain perdarahan ulang, infeksi luka, retensi urin, dan striktur anus. Pasien perlu diberi edukasi untuk

mengenali tanda-tanda komplikasi seperti demam, nyeri hebat, perdarahan berlebihan, dan segera melapor ke fasilitas kesehatan jika gejala tersebut muncul (Hiko, 2022).

f. Kontrol Pasca Operasi

Kontrol dilakukan 7-10 hari setelah operasi untuk mengevaluasi proses penyembuhan luka dan respon terhadap terapi. Evaluasi dilakukan oleh dokter bedah atau perawat yang menangani, serta diberikan tindak lanjut sesuai kondisi pasien (Dinata I. G., 2023).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien menurut (Yanti Cahyati, 2022):

2.2.1.1 Identitas klien

Nama klien, alamat, umur, jenis kelamin, agama, status, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan Bahasa yang sering digunakan.

2.2.1.2 Keluhan utama

Pada pasien post operasi akan mengeluh nyeri pada dubur terutama saat defekasi dan ketidaknyamanan pada area dubur.

2.2.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Pada penderita hemoroid dengan keluhan utama berupa perdarahan rektal berwarna merah segar saat atau setelah buang air besar, nyeri pada anus, serta munculnya benjolan yang dapat keluar masuk dari anus. Pasien biasanya mengeluhkan keluhan tersebut berlangsung sejak beberapa hari hingga beberapa bulan, dengan gejala yang dapat memburuk saat mengejan atau duduk terlalu lama. Seperti riwayat konstipasi kronis, pola makan rendah serat, kurang aktivitas fisik, serta kebiasaan mengejan saat BAB sering ditemukan sebagai faktor yang dapat memperberat kondisi. Informasi tentang penggunaan obat, kebiasaan buang air besar, dan kemungkinan kehamilan pada wanita juga penting dalam menentukan pemicu dan tingkat keparahan hemoroid.

2.2.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit dahulu yang pernah dialami pasien yaitu apakah pasien pernah mengalami faktor yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya. Riwayat

peradangan pada anus dan Riwayat diet rendah serat. Pasien juga ditanyakan apakah pernah menggunakan obat tertentu untuk pengobatan hemoroid sebelumnya.

2.2.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pada penderita hemoroid bertujuan untuk mengetahui adanya faktor genetik atau predisposisi keluarga terhadap gangguan pembuluh darah, terutama di area rektum dan anus. Beberapa kasus hemoroid memiliki kecenderungan hereditas, di mana anggota keluarga seperti orang tua atau saudara kandung juga memiliki riwayat hemoroid, konstipasi kronis, atau penyakit pembuluh darah lainnya. Selain itu, riwayat keluarga dengan penyakit gastrointestinal, seperti kanker kolorektal, penyakit radang usus, atau varises, juga penting untuk dikaji guna mengevaluasi kemungkinan kondisi lain yang mendasari atau memperberat gejala. Informasi ini membantu dalam penentuan faktor risiko serta pencegahan pada anggota keluarga lain.

2.2.1.6 Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Nutrisi dan Metabolik

Penderita hemoroid sering mengalami pola makan yang rendah serat dan asupan cairan yang kurang, yang dapat menyebabkan konstipasi dan memperparah kondisi. Pengkajian meliputi frekuensi konsumsi buah, sayur, biji-bijian, serta jumlah cairan yang diminum per hari. Selain itu, perlu ditanyakan apakah pasien mengonsumsi makanan pedas atau berlemak tinggi yang bisa memperburuk gejala.

b. Aktivitas dan Istirahat

Aktivitas fisik yang rendah, seperti duduk terlalu lama atau kurang olahraga, dapat memperlambat peristaltik usus dan meningkatnya tekanan intraabdomen. Pengkajian meliputi jenis pekerjaan, aktivitas harian, serta kualitas dan kuantitas tidur. Pasien hemoroid juga dapat mengalami gangguan tidur akibat nyeri atau rasa ketidaknyamanan di area anus.

c. Sirkulasi

hemoroid tidak secara langsung memengaruhi sistem kardiovaskular, tetapi penting untuk mengkaji ada tidaknya gangguan aliran darah, varises, atau tekanan vena rektal yang meningkat, terutama pada pasien dengan riwayat hipertensi portal atau gangguan pembuluh darah. Perlunya juga dikaji tekanan darah dan riwayat penyakit kardiovaskular.

d. Integritas Ego

Penderita hemoroid dapat mengalami gangguan citra tubuh seperti rasa malu, stres, atau cemas akibat gejala seperti perdarahan, benjolan, atau bau tak sedap. Pengkajian meliputi perasaan yang dirasakan pasien terhadap penyakitnya, dampak terhadap hubungan sosial, dan mekanisme koping yang digunakan untuk menghadapi kondisi tersebut.

e. Hygiene

Kesulitan dalam menjaga kebersihan area anus karena nyeri atau benjolan menyebabkan pasien hemoroid tidak mampu memenuhi kebutuhan personal. Hygiene secara mandiri. Perlu dikaji kebiasaan dalam membersihkan diri setelah BAB, penggunaan tisu kasar atau sabun yang dapat mengiritasi, serta apakah pasien menggunakan salep atau metode tradisional dalam mengelola gejala.

f. Keamanan

Pasien hemoroid yang mengalami perdarahan kronis dapat berisiko mengalami anemia. Juga penting untuk menilai penggunaan obat-obatan (seperti NSAID atau antikoagulan) yang bisa meningkatkan risiko perdarahan. Lalu berikan pertanyaan apakah pasien merasa aman di lingkungan sekitar.

g. Seksualitas

Hemoroid dapat mengganggu aktivitas seksual karena rasa nyeri, ketidaknyamanan, atau rasa malu. Pada wanita, penting juga untuk menilai apakah hemoroid muncul atau memburuk terjadi selama kehamilan. Pengkajian meliputi dampak hemoroid terhadap hubungan intim dan sikap terhadap fungsi reproduksi.

2.2.1.7 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien hemoroid disusun secara sistematis sesuai Langkah-langkah klinis yaitu:

a. Inspeksi Anus dan Perianal

Pada pasien hemoroid eksterna dan interna hasil inspeksi menunjukkan adanya benjolan di sekitar anus, eritema, pembengkakan atau warna kebiruan akibat trombosis. Terkadang terlihat adanya perdarahan segar atau adanya mukosa rektal dan prolaps.

b. Palpasi Area Anorektal

Pada saat palpasi dirasakan apakah adanya massa lunak di sekitar anus, disertai nyeri tekan apabila terjadi inflamasi atau trombosis.

c. Pemeriksaan Digital Rektal (colok dubur)

Menilai anus sfingter, adanya massa atau tonjolan dari hemoroid interna serta nyeri tekan pada daerah rektal.

d. Pemeriksaan Anoskopi

Menilai lokasi, ukuran, serta adanya perdarahan atau ulserasi mukosa rektum distal.

2.2.2 Diagnosis keperawatan Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap respon pasien tentang masalah kesehatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien dan keluarga terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan menurut (Kusuma, 2016).

2.2.2.1 Diagnosis pre operasi yaitu :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- b. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
- c. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur
- d. Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri

2.2.2.2 Diagnosis post operasi yaitu:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- b. Risiko perdarahan b.d Tindakan pembedahan
- c. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasive

2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Dalam menentukan rencana keperawatan perlunya mempertimbangkan beberapa faktor seperti karakteristik sesuai dengan intervensi yang diharapkan dapat mengatasi masalah ataupun mengurangi faktor resiko yang ditimbulkan. Tahapan dalam perencanaan keperawatan seperti menentukan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil, menentukan rencana dan rasionalnya (PPNI, 2018).

Tabel 2.1

Tabel Rencana Keperawatan pre operasi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.... x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			terapi komplementer yang sudah diberikan
			9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik
			10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi
			11. Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
			12. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			ruangan, pencahayaan, kebisingan) 13. Fasilitasi istirahat dan tidur 14. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 16. Jelaskan strategi meredakan nyeri 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 18. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 19. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat	Edukasi kesehatan (SIKI I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	sesuai kesepakatan
		6. Persepsi yang keliru menurun	5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan sering terjaga membaik 3. Keluhan tidak puas tidur membaik	Dukungan tidur (SIKI I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		4. Keluhan pola tidur berubah membaik	Terapeutik
		5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik	5. Modifikasi lingkungan
		6. Kemampuan beraktivitas meningkat	6. Tetapkan jadwal tidur rutin
			7. Lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan
			Edukasi
			8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
			9. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
			10. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
			11. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
4.	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam maka Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Frekuensi pernafasan menurun	Terapi relaksasi (SIKI I.09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan monitor respon terhadap teknik relaksasi Terapeutik 4. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		8. Frekuensi nadi menurun	suhu ruangan nyaman
		9. Tekanan darah menurun	5. Gunakan pakaian longgar
		10. Tremor menurun	6. Gunakan nada suara lembut
		11. Pucat menurun	dengan irama lambat dan berirama
		12. Konsentrasi membaik	Edukasi
		13. Pola tidur membaik	7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia
			8. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman
			9. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
			10. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi

Tabel 2.2

Tabel Rencana keperawatan post operasi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama.... x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi 11. Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 12. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			13. Fasilitasi istirahat dan tidur 14. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 15. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 16. Jelaskan strategi meredakan nyeri 17. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 18. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 19. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Risiko perdarahan berhubungan	Setelah intervensi selama 3x24 jam	dilakukan keperawatan jam Pencegahan perdarahan (SIKI I.02067) Observasi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
	dengan tindakan pembedahan	makaTingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: 1. Kelembapan membrane mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Perdarahan pasca operasi menurun 4. Haemoglobin membaik 5. Hematokrit membaik 6. Tekanandarah membaik 7. Suhutubuh membaik	1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit atau hemoglobin sebelum dan setelah perdarahan 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik Terapeutik 4. Pertahankan bed rest selama perdarahan 5. Gunakan kasur pencegah dekubitus Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			8. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 9. Anjurkan melaporkan jika terjadi perdarahan Kolaborasi 10. Kolaborasi penggunaan obat pengontrol perdarahan, jika perlu 11. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat	Pencegahan infeksi (SIKI I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		2. Kebersihan badan meningkat	2. Batasi jumlah pengunjung
		3. Demam menurun	3. Berikan perawatan kulit pada area edema
		4. Kemerahan menurun	4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
		5. Nyeri menurun	Edukasi
		6. Bengkak menurun	5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		7. Kultur feses membaik	6. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
			7. luka Ajarkan cara memeriksa kondisi atau luka operasi
			8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
			9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

2.2.4. Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi perawat harus melaksanakan hasil dari rencana keperawatan yang dilihat dari diagnosa keperawatan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan (Alfi syahri, 2023).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses sistematis dan terencana yang dilakukan pada akhir tahap perawatan untuk membandingkan hasil Kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dapat membantu perawat dalam mengevaluasi kinerja dan kualitas pelayanan yang diberikan. Data subjektif dan objektif yang dikumpulkan selama proses perawatan digunakan dalam evaluasi keperawatan untuk menentukan tindakan selanjutnya yang harus diambil dalam perawatan pasien (Sihaloho, 2020).

2.2.6. Dokumentasi Keperawatan

Akurasi (keakuratan), mudah dibaca, relevan sistematis, kerahasiaan berkesinambungan, kejelasan, ketepatan waktu, konsistensi, otorisasi, lengkap, spesifik. Berisi data subyektif, data objektif, diagnosis yang ditegakkan. Pada procestindakan ini semua prinsip wajib dilakukan dengan benar untuk menghindari terjadinya manipulasi data atau perubahan data sewaktu tanpa diketahui oleh perawat pelaksana (Upik Rahmi, 2019).

