BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hemoroidektomi

1. Definisi

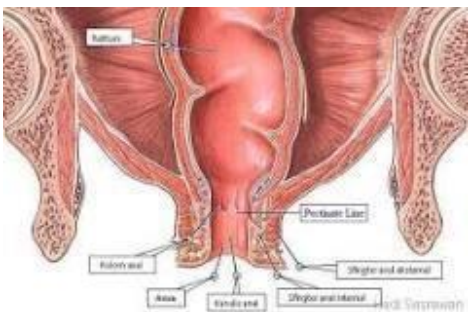
Hemoroid adalah proses patologis yang terjadi ketika vena hemoroid menjadi penuh dengan darah dan menggelembung, merusak jaringan ikat di dalam bantalan anus. Jaringan ikat otot submukosa dapat melemah dari waktu ke waktu, memungkinkan wasir untuk berpindah, menonjol, atau prolaps melalui dubur sfingter. Insiden puncak pada individu berusia antara 45-65 tahun dengan keluhan pendarahan dubur, nyeri, ketidaknyamanan mengejan yang berhubungan dengan kronis konstipasi kronis dan hemoroid mempengaruhi kualitas hidup secara negative. (Zaini Miftach, 2018)

Hemoroid adalah pembesaran dan peradangan pada pembuluh darah vena di anus yang berasal dari pleksus hemoroidalis. Hemoroid dibedakan menjadi dua jenis, yaitu hemoroid eksternal dan hemoroid internal, berdasarkan posisinya terhadap garis mukokutan (garis dentata). Hemoroid eksternal berkembang akibat pelebaran dan peradangan vena subkutan (di bawah kulit) yang terletak di bawah atau di luar garis dentata, sedangkan hemoroid internal terjadi akibat dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) yang berada di atas garis dentata. Hemoroid sering kali berhubungan dengan konstipasi kronis yang disertai dengan usaha keras saat buang air besar. (Utama, 2022)

2.Anatomi dan fisiologi

a. Anatomi hemoroid

Bagian utama usus besar yang terakhir disebut sebagai rektum dan membentangdari kolon sigmoid hingga anus (muara ke bagian luar tubuh). Satu inci terakhir dari rektum disebut sebagai kanalis ani dan dilindungi oleh otot sfingter ani eksternus dan internus. Panjang rektum dan kanalis ani adalah sekitar 15cm (5,9inci). Usus besar secara klinis dibagi menjadi belahan kiri dan kanan berdasarkan pada suplai darah yang diterima. Arteria mesenterika superior mendarahi belahan kanan (sekum, kolon asendens, dan dua pertiga proksimal kolon transversum) dan arteria mesenterika inferior mendarahi belahan kiri (sepertiga distal kolon transversum, kolon asendens, kolon sigmoid dan bagian proksimal rektum). Suplai darah tambahan ke rectum berasal dari arteri hemoroidalis media dan inferior yang dicabangkan dari arteria iliaka interna dan aorta abdominalis.



Gambar 2.1 anatomi hemoroid

Keterangan:

1). Rektum

Rektum (rectum) adalah sebuah ruangan dengan panjang sekitar 12 sampai 15 cm yang berada di antara ujung usus besar (setelah kolon sigmoid/turun) dan berakhir di anus. Fungsi rektum adalah menyimpan feses untuk sementara waktu, memberitahu otak untuk segera buang air besar, dan membantu mendorong feses sewaktu buang air besar. Ketika rektum penuh dengan feses, maka rektum akan mengembang dan sistem saraf akan mengirim impuls (rangsangan) otak sehingga timbul keinginan untuk buang air besar.

2). Kolom Anal

Kolom anal *(anal column)* atau kolom Morgagni adalah sejumlah lipatan vertikal yang diproduksi oleh selaput lendir dan jaringan otot di bagian atas anus. Fungsi kolom anal adalah sebagai pembatas dinding anus.

a). Anus

Anus adalah pembukaan yang dilewati oleh kotoran manusia saat kotoran tersebut meninggalkan tubuh.

b).Kanalis Anal

Kanalis anal (anal canal) adalah saluran dengan panjang sekitar 4 cm yang dikelilingi oleh sfingter anus. Bagian atasnya dilapisi oleh mukosa glandular rektal. Fungsi kanalis anal adalah sebagai penghubung antara rektum dan bagianluar tubuh sehingga feses bisa dikeluarkan.

c). Sfingter Anal Internal

Sfingter anal internal (internal anal sphincter) adalah sebuah cincin otot lurik yang mengelilingi kanalis anal dengan keliling 2,5 sampai 4 cm. Sfingter anal internal ini berkaitan dengan sfingter anal eksternal

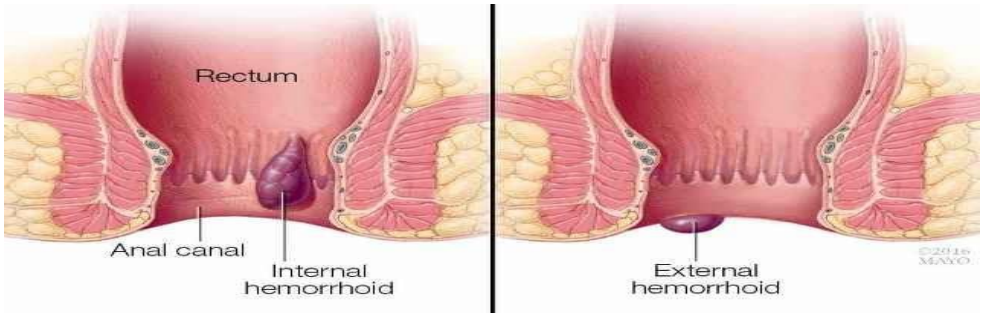
meskipun letaknya cukup terpisah. Tebalnya sekitar 5 mm. Fungsi sfingter anal internal adalah untuk mengatur pengeluaran feses saat buang air besar. Sfingter Anal Eksternal Sfingter anal eksternal (external anal sphincter) adalah serat otot lurik berbentukelips dan melekat pada bagian dinding anus. Panjangnya sekitar 8 sampai 10 cm.Fungsi sfingter anal eksternal adalah untuk membuka dan menutup kanalis anal.

d). Pectinate Line

Pectinate line (terjemahan masih dipertanyakan) adalah garis yang membagi antara bagian dua pertiga (atas) dan bagian sepertiga (bawah) anus. Fungsi garisini sangatlah penting karena bagian atas dan bawah pectinate line memiliki banyak perbedaan. Misalnya, jika wasir terjadi di atas garis pectinate, maka jeniswasir tersebut disebut wasir internal yang tidak menyakitkan. Sedangkan jika dibawah, disebut wasir eksternal dan menyakitkan. Asal embriologinya juga berbeda, bagian atas dari endoderm, sedangkan bagian bawah dari ektoderm.

b. Fisiologi hemoroid

Aliran balik vena dari kolon dan rektum superior adalah melalui vena senterika superior, vena mesenterika inferior, dan vena hemoroidalis superior (bagian sistem portal yang mengalirkan darah ke hati). Vena hemoroidalis media dan inferior mengalirkan darah ke vena iliaka sehingga merupakan bagian sirkulasi sistemik. Terdapat anastomosis antara vena hemoroidalis superior, media, dan inferior, sehingga tekanan portal yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya aliran balik ke dalam vena dan mengakibatkan hemoroid.



Gambar 2.2 fisiologi hemoroid internal dan external

Keterangan:

1). Internal hemoroid

Pembengkakan vena pada pleksus hemorrhoidalis interna disebut dengan hemorrhoid internal.

2). External hemoroid

Pleksus hemorhoid eksterna, apabila terjadi pembengkakan maka disebut hemorrhoid eksterna. Letaknya distal dari linea pectinea dan diliputi oleh kulit biasa di dalam jaringan di bawah epitel anus, yang berupa benjolan karena dilatasi vena hemorrhoidalis. Terdapat dua jenis peristaltik propulsif:

a) Kontraksi lamban dan tidak teratur, berasal dari segmen proksimal dan bergerak ke depan, menyumbat beberapa haustra.
b) Peristaltik massa, merupakan kontraksi yang melibatkan segmen kolon.

Gerakan peristaltik ini menggerakkan massa feses ke depan, akhirnya merangsang defekasi. Kejadian ini timbul dua sampai tiga kali sehari dan dirangsang oleh reflek gastrokolik setelah makan, terutama setelah makan yang pertama kali dimakan pada hari itu. Propulasi feses ke dalam rectum menyebabkan terjadinya distensi dinding rektum dan merangsang refleks

defekasi.Defekasi dikendalikan oleh sfingter ani eksterna dan interna. Sfingter interna dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sedangkan sfingter eksterna dikendalikanoleh sistem saraf voluntary. Refleks defekasi terintegrasi pada medula spinalis segmen sakral kedua dan keempat. Serabut parasimpatis mencapai rektum melalui saraf splangnikus panggul dan menyebabkan terjadinya kontraksi rektum danrelaksasi sfingter interna. Pada waktu rektum yang teregang berkontraksi, otot levator ani berelaksasi, sehingga menyebabkan sudut dan anulus anorektalmenghilang. Otot sfingter interna dan eksterna berelaksasi pada waktu anus tertarik keatas melebihi tinggi masa feses.

Defekasi dipercepat dengan tekanan intra abdomen yang meningkat akibat kontraksi voluntar otot dada dengan glotis yang tertutup, dan kontraksi otot abdomen secara terus-menerus (maneuver dan peregangan valsalva). Defekasi dapat dihambat oleh kontraksi voluntar otot sfingter eksterna dan levator ani. Dinding rektum secara bertahap menjadi rileks, dan keinginan defekasi menghilang. Rektum dan anus merupakan lokasi sebagian penyakit yang sering ditemukan pada manusia. Penyebab umum konstipasi adalah kegagalan pengosongan rektum saat terjadi peristaltik masa. Bila defekasi tidak sempurna, rektum menjadi rileks dan keinginan defekasi menghilang.

Air tetap terus diabsorpsi dari massa feses, sehingga feses menjadi keras, dan menyebabkan lebih sukarnya defekasi selanjutnya. Bila massa feses yang keras ini terkumpul disatu tempat dan tidak dapat dikeluarkan, maka disebut sebagai impaksi feses. Tekanan pada feses yang berlebihan menyebabkan timbulnya kongesti vena hemoroidalis interna dan eksterna, dan hal ini merupakan salah satu penyebab hemoroid (vena varikosa rektum). (Dengan & Teknik, 2023)

3. Etiologi

Etiologi sampai saat ini belum diketahui secara pasti , tetapi ada faktor pendukung yang mungkin terlibat, antara lain adalah :

a. Penuaan
b. Kehamilan
c. Heriditas
d. Konstipasi atau diare kronik
e. BAB berlama-lama
f. Posisi tubuh, misal duduk terlalu lama

Kondisi hemoroid biasanya tidak berhubungan dengan kondisi medis atau penyakit namun ada beberapa predisposisi penting yang dapat meningkatkan resiko hemoroid antara lain:

a. Perubahan hormon (misalnya karena kehamilan
b. Mengejan secara berlebihan sehingga menyebabkan kram
c. Berdiri mengangkat beban berat
d. Sering mengangkat beban berat
e. Sembelit diare menahun (obtipasi)
f. Konsumsi makanan yang bisa memicu pelebaran pembuluh vena (misalnya cabai, rempah- rempah)
g. Genetik

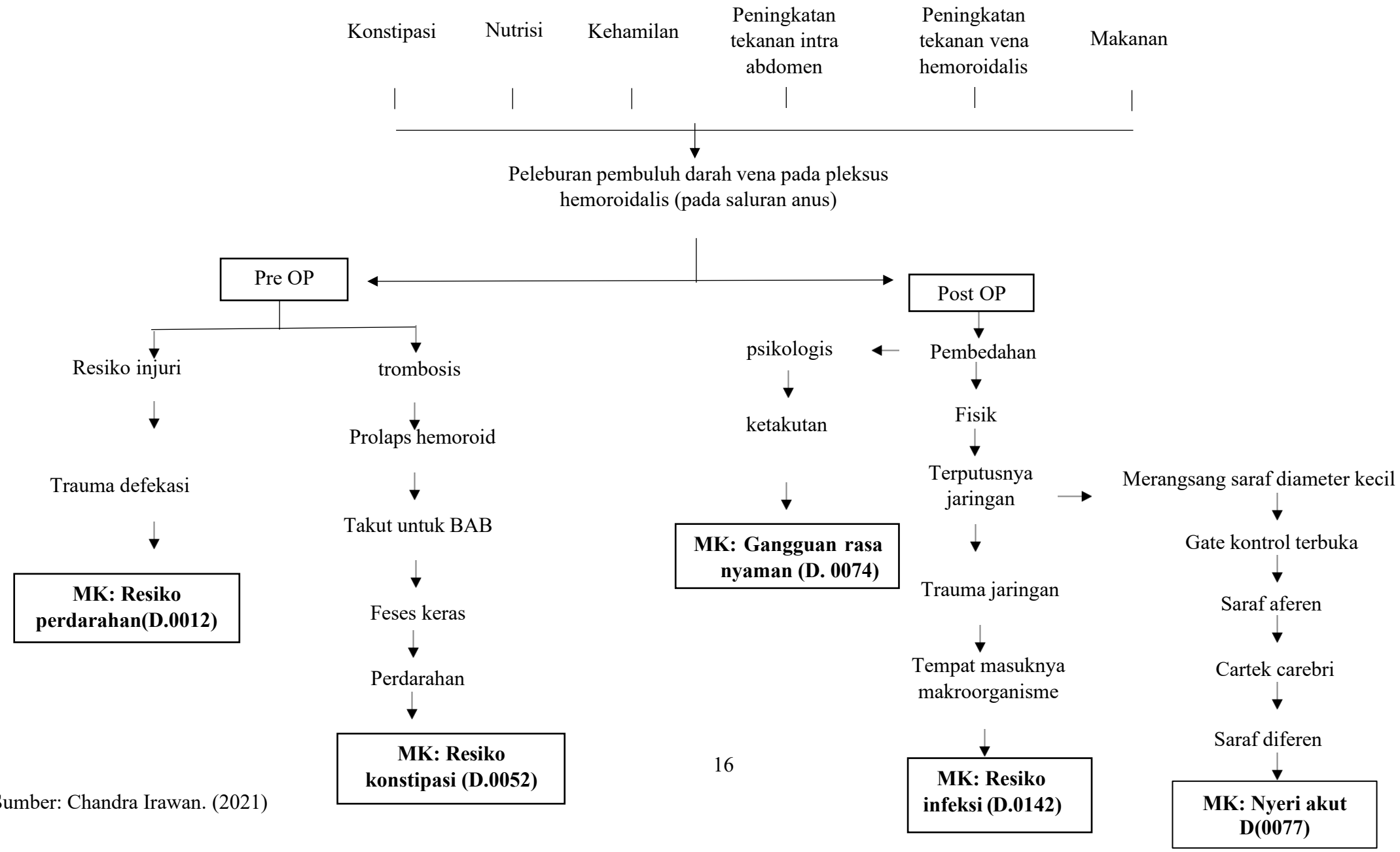
4. Patofisiologi dan WOC

Ketika jaringan pendukung bantal anus hancur atau memburuk, hemoroid terjadi. Selain berbagai bantal yang lebih kecil diselingi antara tiga bantal anal besar yang terletak di anterior kanan, posterior di kanan, dan lateral ke kiri saluran anus,

distorsi dan ruptur otot subepitel anal, dilatasi vena abnormal, pembuluh darah trombosis, dan proses degeneratif pada serat kolagen dan jaringan fibroelastik di antaranya. Spesimen hemoroid juga menunjukkan bukti reaksi inflamasi yang melibatkan dinding pembuluh darah dan jaringan ikat yang mengelilinginya, yang dikaitkan dengan ulserasi mukosa, iskemia, dan trombosis. Apopleksi pada hemoroid eksterna mengejan dan mengangkat benda berat terkait dengan trombosis ini. (Dengan & Teknik, 2023)

Pasien yang mengalami nyeri yang tiba-tiba dan parah pada anusnya akan merasakan nyeri yang lebih parah saat duduk untuk buang air kecil. Prolaps trombotik wasir internal selalu mengikuti trombosis wasir eksternal. Biasanya, perdarahan adalah tanda pertama hemoroid internal yang disebabkan oleh trauma tinja. Prolaps terjadi ketika hemoroid yang tumbuh perlahan akhirnya menonjol. Pada awalnya, tonjolan ini hanya muncul saat buang air besar, yang diikuti dengan pengecilan spontan. Hemoroid internal ini perlu didorong kembali setelah buang air besar pada stadium yang lebih lanjut agar dapat kembali ke anus. Hemoroid pada akhirnya dapat prolaps tanpa batas waktu dan tidak dapat ditambal Kembali. (Dengan & Teknik, 2023)

WOC Hemoroid



Sumber: Chandra Irawan. (2021)

5. Manifestasi Klinis

Menurut (Beno et al., 2022) manifestasi Klinik pada hemoroid yaitu:

a. Gangguan pada anus (nyeri, konstipasi, perdarahan)
b. Benjolan pada anus yang menetap pada hemoroid ekternal sedangkan pada hemoroid interna benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai gradasinya.
c. Terjadi anemia bila hemoroid mengalami perdarahan kronis.
d. Terdapat bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri.
e. Perdarahan peranus waktu bergerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengucur tanpa rasa nyeri.
f. Perasaan tidak nyaman (duduk terlalu lama dan tidak kuat berjalan lama).
g. Mengeluarkan cairan lendir yang menyebabkan persaan isi rectum belum keluar semua.

6. Klasifikasi

Menurut (Beno et al., 2022) hemoroid diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Hemoroid Interna

Hemoroid internal adalah pembengkakan yang terjadi dalam rektum. Pembengkakan jenis ini tidak menimbulkan rasa sakit karena hanya ada sedikit saraf di daerah rektum. Tanda ynag dapat diketahui adalah perdarahan saat buang air besar. Masalahnya jadi tidak sederhana lagi apabila hemoroid internal ini membesar dan keluar ke bibir anus yang menyebabkan rasa sakit. Hemoroid yang terlihat berwarna merah muda ini dapat masuk sendiri setelah sembuh, tetapi bisa juga didorong masuk. Hemoroid internal dibagi menjadi empat derajat yaitu:

1) Derajat I

a) Terdapat perdarahan merah segar pada rektum pasca defekasi

b) Tanpa diserta rasa nyeri

c) Tidak terdapat prolaps

d) Pada pemeriksaan anoskopi terlihat permulaan dari benjolan hemoroid yang menonjol ke dalam lumen

2) Derajat II

a) Terdapat perdarahan/tanpa perdarahan sesudah defekasi

b) Terjadi prolaps hemoroid yang dapat masuk sendiri (reposisi spontan)

3) Derajat III

a) Terdapat perdarahan sesudah defekasi

b) Terjadi prolaps hemoroid yang tidak dapat masuk sendiri jadi harus didorong dengan jari (repossisi manual)

4) Derajat IV

a) Terdapat perdarahan sesudah defekasi

b) Terjadi prolaps hemoroid yang tidak dapat didorong masuk (meskipun sudah direposisi akan keluar lagi)

b. Hemoroid Eksternal

Hemoroid eksternal diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus, dan sebenarnya merupakan hematoma. Bentuk ini sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung saraf pada kulit merupakan reseptor nyeri.

7. Komplikasi

Menurut (Beno et al., 2022) komplikasi hemoroid yang sering terjadi yaitu :

a. Perdarahan, dapat menyebabkan anemia. Perdarahan juga dapat terjadi pada carcinoma kolorektal, diverticulitis, colitis ulserosa dan polip adenomatosa.

b. Trombosis (Pembekuan darah dalam hemoroid).

c. Hemoridal strangulasi,yakni hemoroid prolaps di mana suplai darah di halangi oleh sfingter ani.

d. Luka dan infeksi.

e. Benjolan pada anorektal dan prolaps rekti (procidentia).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Beno et al., 2022) pemeriksaan penunjang pada hemoroid antara lain:

a. Pemeriksaan colok dubur

   Diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rectum. Pada hemoroid interna tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukuptinggi dan biasanya tidak nyeri.

b. Anoskopi

   Diperlukan untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol keluar.

c. Proktosigmoidoskopi

   Memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi.

d. Foto barium colon

   Suatu tindakan rontgen kolon (usus besar) atau sering disebut juga colon in loopadalah pemeriksaan usus besar dengan menggunakan sinar Rontgen. Pemeriksaan Rontgen kolon dibantu dengan kontras senyawa barium yang

berbentuk cairan berkapur. Tindakan ini dilakukan saat pasien mengalami nyeriperut, diare kronik, buang air besar berdarah, berat badan menurun.

e. Pemeriksaan darah laboratorium

Pemeriksaan laboratorium darah dapat dilakukan untuk melihat adanya anemia yang mungkin disebabkan oleh perdarahan dari hemoroid, serta pemeriksaan (hematokrit, leukosit, dan lain lain).

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis hemoroid terditri dari penatalaksanaan non farmakologis, farmakologis dan tindakan minimal invasif. Penatalaksanaan medis hemoroid ditunjukan untuk hemoroid interna I s/d III atau semua derajat hemoroid yang ada kontraindikasinya operasi atau pasien menolak operasi.Sedangkan penatalaksanaan bedah ditunjukan utuk hemoroid interna derajat IV dan eksterna.Atau semua derajat hemoroid yang tidak merespon terhadap pengobatan medis (Simadibrata, 2014)

a. Terapi non bedah

1) Terapi obat-obatan (medikamentosa)/ diet

Supositoria dan salep anus diketahui tidak mepunyai efek yang bermakna kecuali efek anestetik dan astringen. Makanan berserat tinggi seperti sayur dan buah-buahan.

2) Skleroterapi

Penyuntikan larutan kimia yang merangsang, misalnya 5% fenol dalam minyak nabati. Penyuntikan diberikan ke submukosa dalam jaringan areolar yang longgar dibawah hemorooid interna dengan tujuan menimbulkan peradangan steril.

3) Ligasi dengan gelang karet

Dengan bantuan anoskop, mukosa diatas hemoroid yang menonjol dijepit dan ditarik atau dihisap ke tabung ligator khusus. Gelang karet didorong dari ligator dan ditempatkan secara rapat di sekeliling mukosa pleksus hemoroidalus tersebut. Pada satu kali terapi hanya diikat satu kompleks hemoroid, sedangkan ligasi berikutnya dilakukan dalam jarak waktu 2-4 minggu.

4) Krioterapi/bedah beku

Terapi ini tidak dipakai secara luas karena mukosa yang nekrotik sukar ditentukan luasnya. Krioterapu ini lebih cocok untuk terapi paliatif pada karsinoma rektum yang ireponibel.

5) Hemorrhoid Arteri Ligation (HAL)

Arteri hemoroidalis diikat sehingga jaringan hemoroid tidak mandepat aliran darah yang pada akhirnya mengakibatkan jaringan hemoroid mengempis dan akhirnya nekrosis.

6) Infra Red Coagulation (IRC)/ Koagulasi Infra Merah

Dengan sinar infra merah yang dihasilkan oleh alat yang dinamakan *photocuagulation*, tonjolan hemoroid dikauter sehingga terjadi nekrosis pada jaringan dan akhirnya fibrosis. Cara ini baik digunakan pada hemoroid yang sedang mengalami perdarahan.

7) Generator galvanis

Jaringan hemoroid dirusak dengan arus listrik searah yang berasal dari baterai kimia. Cara ini paling efektif digunakan pada hemoroid interna.

8) Bipolar Coagulation/Diatermi bipolar

Menggunakan radiaso elektromagnetik berfrekuensi tinggi.

b. Terapi bedah

1) Bedah konvesional, saat ini ada 3 teknik operasi yang biasa digunakan yaitu:
   a) Teknik Miligan-Morgan
   b) Teknik Whitehead
   c) Teknik Langenbeck
2) Bedah Laser
3) Bedah Stapler

Teknik ini dikenal dengan nama *Procedure for Prolapse Hemorroids* (PPH) atau *Hemoroid Circular Stapler*. Keuntungan teknik iini yaitu mengembalikan ke posisi anatomis, tidak mengganggu fungsi anus, tidak ada *anal discharge,* nyeri minimal karena tindakan dilakukan diluar bagian intensif, tindakan berlangsung cepat sekitar 20-40 menit, pasien pulih lebih cepat sehingga rawat inap dirumah sakit semakin singkat.

Meskipun jarang, tindakan PPH memiliki risiko yaitu:

a) Jika terlalu banyak jaringan otot yang ikut terbuang, akan mengakibatakan kerusakan dinding rektum.
b) Jika sfingter ani internus tertarik, dapat menyebabkan disfungsi baik dalam jangka waktu pendek maupun jangka panjang.
c) Seperti pada operasi dengan teknik lain, infeksi pada pelvis juga pernah dilaporkan.
d) PPH bisa saja gagal pada hemoroid yang terlalu besar karena sulit untuk memperoleh jalan masuk ke saluran anus dan kalaupun bisa masuk, jaringan mungki terlalu tebal untuk masuk kedalam stapler.

e) Tindakan pada hemoroid eksterna yang mengalami trombosis

trombosis dapat terjadi karena tekanan tinggi di vena tersebut misalnya ketika mengangkat barang berat, batuk, bersin, mengejan, atau partus.

d. Terapi

Keluhan dapat dikurangi dengan rendam duduk menggunakan larutan hangat, salep yang mengandung analgesik untuk mengurangi rasa nyeri atau gesekan pada waktu berjalan, dan sedasi. Istirahat ditempat tidur membantu mempercepat berkurangnya pembengkakan. (Beno et al., 2022)

B. Konsep Asuhan Keperawatan Hemoroidektomi

1.Pengkajian

Asuhan keperawatan pada tahap pertama yaitu pengkajian. Dalam pengkajian perlu dikaji biodata pasien dan data-data untuk menunjang diagnosa. Data tersebutharus seakurat akuratnya, agar dapat digunakan dalam tahap berikutnya, meliputi nama pasien, umur, dan identitas penanggung jawab, keluhan utama. (Raharjo, 2018).

a . Indentitas pasien

Meliputi: nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaaan, agama, status perkawinan, alamat, dan nama penanggung jawab.

b. Diagnosa dan informasi medik

Meliputi: tanggal masuk, tanggal didata, no MR, ruang rawat, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, TB/BB, dan TTV.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada pasien hemoroidektomi biasanya mengalami keluhan utama berupa rasa nyeri hebat pada bagian anusnya akibat tindakan pembedahan.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Biasanya klien mengeluh nyeri apabila banyak bergerak dan berkurang apabila istirahat/berbaring, nyeri dibagian anus seperti diiris pisau dan tidak menyebar.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

4). Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya hemoroid bukanlah suatu penyakit menular tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan.

d. Data Psikologis

Biasanya ada perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mangalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga.

e. Data Spiritual

Biasanya ada perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

f. Data Sosial Ekonomi

Biasanya hubungan klien dengan tetangga dan keluarga baik,biasanya kebutuhan keluarga klien terganggu karena klien tidak dapat bekerja seperti biasa

g. Data Biologis

1) Pola nutrisi

Biasanya untuk kasus hemoroid harus mengkonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari hari yang banyak mengandung serat

seperti sayuran, buah buahan, kacang kacangan, sereal, dan lain lain. Pada klien post operasi hemoroidbisa mengalami penurunan nafsu makan namun bisa juga tidak ada perubahan.

2) Pola eliminasi

Biasanya klien mengeluh nyeri pada anus saat bab ,sering mengejan terlalu lama,berdarah saat bab dan bengkak.

3) Pola tidur dan istirahat

Biasanya istirahat tidak efektif karena adanya nyeri pada anus, sehingga klien mengalami kesulitan tidur.

4) Personal Hygiene

Biasanya klien akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (personal hygiene) karena adanya nyeri dan rasa letih yang dirasakan.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan secara umum

1) Biasanya keadaan umum pasien lemah, letih dan terlihat sakit berat
2) Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun
3) TTV: Biasanya RR meningkat, TD meningkat.
4) Mata
   a) Inspeksi: Biasanya konjungtiva anemis
   b) Palpasi : Tidak ada pembengkakan
5) Hidung
   a) Inspeksi: Biasanya tidak ada pernapasan cuping hidung
   b) Palpasi: Tidak ada pembengkakan

6) Mulut

   a) Inspeksi:Biasanya nafas berbau, bibir kering

7) Dada/Thorak

   a) Inspeksi: Biasanya pasien dengan pola nafas teratur

   b) Palpasi : Tidak ada kelainan yang ditemui pada pemeriksaan palpasi pada pasien

   c) Perkusi: Biasanya terdapat bunyi sonor pada lapang paru pada saat dilakukan perkusi

   d) Auskultasi: Pada pemeriksaan auskultasi suara paru vesikuler

8) Perut/Abdomen

   a) inspeksi: Biasanya tidak ada kelainan

   b) Palpasi: Biasanya tidak ada kelainan

   c) Perkusi : Biasanya tidak terdapat peningkatan nyeri

   d) Auskultasi: Biasanya terjadi adanya penurunan peristaltic

9) Ekstremitas

   a) Ektremitas atas: Biasanya klien terpasang infus ditangan ditangankanan

   b) Ekstremitas bawah: Biasanya tidak ada tidak memiliki keterbasan Gerak

10) Sistem Integumen

   a) Inspeksi: Biasanya warna kulit pasien normal

11) Genitalia

   a) Inspeks: Biasanya pasien tidak terpasang kateter.

12) Anus

   a) Inspeksi: Biasanya ada luka post op dan terpasang tampon.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI,SLKI dan SIKI, Diagnosa Keperawatan pada klien Post Hemoroid,meliputi:

a. Nyeri akut b/d Agen pecendera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Gejala penyakit (D.0074)
c. Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif (D.0421)

3. Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI, SIKI

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	**Tingkat nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Kemampuan menuntaskan aktivitasmeningkat (5) b. Keluhan nyeri menurun (5) c. Meringis menurun (5) d. Gelisah menurun (5) e. Frekuensi nadi membaik (5) f. Pola nafas membaik (5) g. Tekanan darah membaik (5) h. Pola tidur membaik (5)	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaananalgetik **Terapeutik** a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi**

			a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secaramandiri d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgetik, jikaperlu
2	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Gejala penyakit (D.0074)	**Tingkat Nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b. Keluhan nyeri menurun c. Meringis menurun d. Kesulitan tidur menurun e. Muntah menurun f. Mual mnurun g. Kesulitan tidur menurun h. Frekuensi nadi membaik	**1.Manajemen Nyeri (l.08238)** **Observasi** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi respon nyeri non verbal. d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingankan nyeri. e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. i. Monitor efek samping penggunaan analgetik. **Terapeutik.** a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri .

			b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri. c. Fasilitasi istirahat dan tidur. d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. **Edukasi.** a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu b. Jelaskan strategi meredakan nyeri. c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. **Kolaborasi.** a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. **2.Latihan pernafasan (I.01007)** **Observasi** a. Identifikasi indikasi dilakukam latiham pernafasan b. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman nafas sebelum dan seudah latihan bernafas **Terapeutik** a. Sediakan tempat yang tenang b. Posisikan pasien nyaman dan rileks c. Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut d. Ambil nafas dalam secara perlahan melalu hidung dan tahan selama tujuh hitungan

			e. Hitungan kedelapan hembuskan nafas melalui mulut dengan perlahan **Edukasi** a. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernafasan b. Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali
3	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0421)	**Tingkat infeksi (L.14137)** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Kemerahan menurun (5) b. Bengkak menurun (5) c. Kultur area luka membaik (5) d. Nyeri menurun (5)	**Pencegahan infeksi (I.14539)** **Observasi** a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokaldan sistemik **Terapeutik** a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada daerah edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontrak dengan pasien dan lingkungan pasien **Edukasi** a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan denganbenar c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan melakukan Teknik psikomotor, kemampuan melakukan obserasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan Kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. (Asmadi, 2008)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga Kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk Kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang *(reassessment).* (Asmadi, 2008)