

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

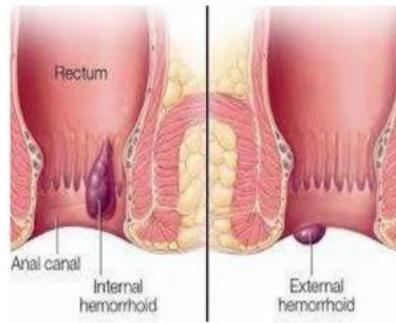
2.1 Konsep Hemoroid

2.1.1 Pengertian

Hemoroid merupakan kondisi pembengkakan pembuluh vena pada area sekitar dubur. Hemoroid biasa dikenal dengan sebutan ambeien (Hati et al., 2023). Hemoroid adalah proses pembesaran pada bantalan pembuluh darah yang terletak di dinding anus. Bantalan yang dimaksud adalah pleksus pembuluh darah vena hingga terjadi perdarahan dari anus, darah merah segar yang keluar setelah buang air besar (BAB) (Makmun & Rangga, 2020). 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 (Fransisca & Saraswati, 2020). Hemoroid terjadi ketika terjadi peningkatan tekanan pembuluh darah dan menimbulkan rasa tidak nyaman (Nurchayaningtias et al., 2024). Pembengkakan atau pelebaran serta inflamasi pada pembuluh darah vena di daerah sekitar anus yang berasal dari plexus hemorrhoidalis. Hemoroid menyebabkan perdarahan dan prolapse pada bantalan anus sehingga anus akan mengalami perubahan struktur anatomi. Jaringan ikat pada anorectal yang melemah karena factor internal seperti usia, factor lain seperti kehamilan, obesitas, mengejan saat BAB, dan duduk dalam waktu yang lama juga menjadi factor pemicu munculnya hemoroid (Mursal et al., 2024).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi hemoroid terbagi menjadi dua jenis yakni hemoroid eksternal dan hemoroid internal. Penjelasan dari masing-masing klasifikasi sebagai berikut (Hati et al., 2023) :



Gambar 2.1 Hemoroid Internal dan Eksternal

Sumber : (Hati et al., 2023)

a. Hemoroid eksternal

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

b. Hemoroid internal

Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan di atas lenia dinata dan dilapisi atau tertutup oleh mukosa. Hemoroid internal dibagi menjadi empat derajat:



Gambar 2.2 Derajat Hemoroid Internal

Sumber : (Hati et al., 2023)

1) Derajat I

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

2) 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/secara spontan.

3) Derajat III

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

4) Derajat IV

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

2.1.3 Etiologi

Hemoroid dapat disebabkan saat jarikan penyokong pada bantalan anus terjadi kelemahan karena peningkatan tekanan pembuluh darah vena di area sekitar anus (Hati et al., 2023). Terdapat beberapa factor penyebab atau aktivitas yang menimbulkan terjadinya hemoroid diantaranya yakni (Nurchahyaningtias et al., 2024):

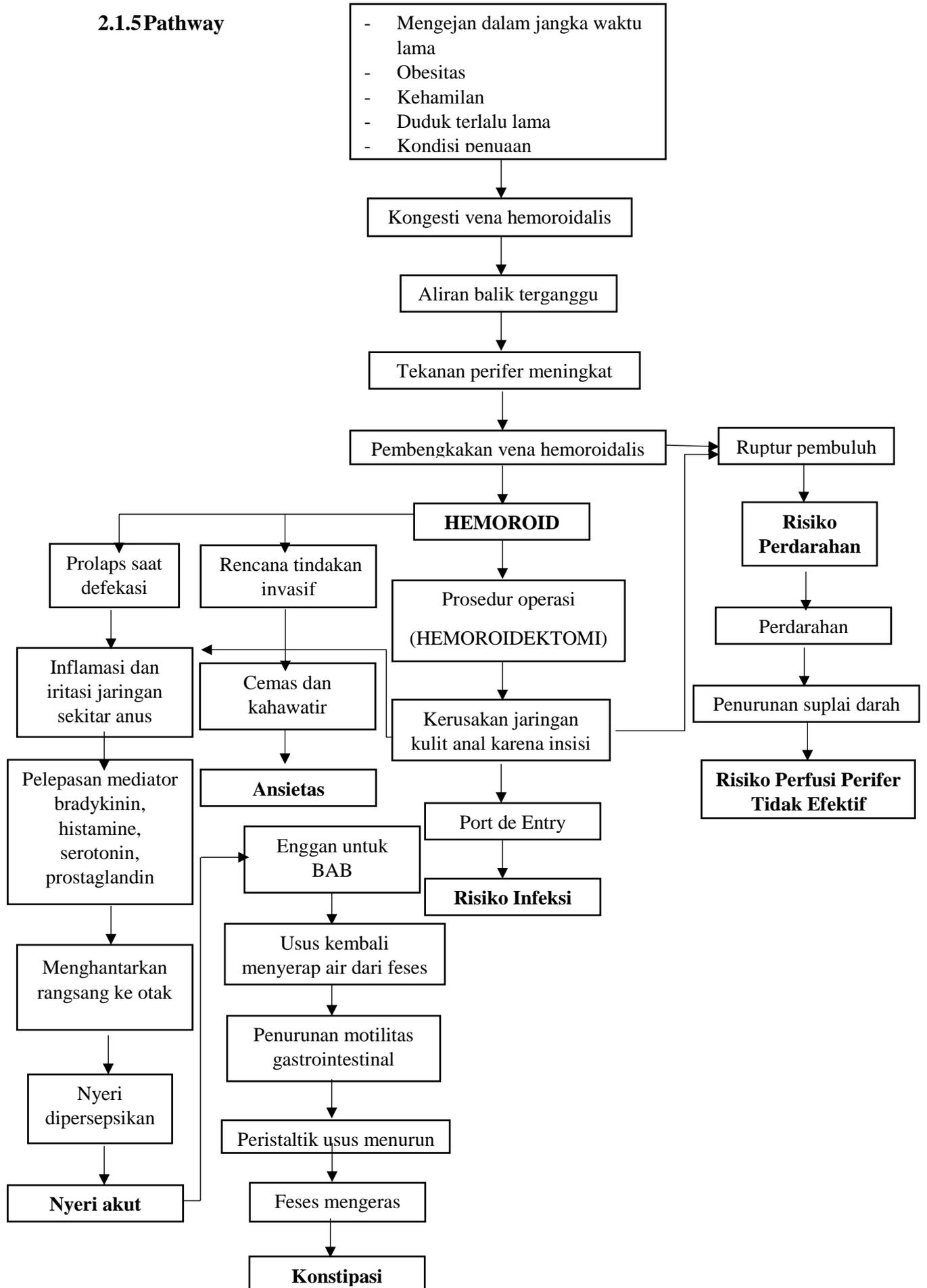
1. Konstipasi
2. Mengejan saat BAB
3. Dilatasi abnormal dan distorsi pada pembuluh darah arteri dan vena
4. Perubahan destruktif pada jaringan ikat kanalis analis atau bagian terbawah dari usus besar untuk mengeluarkan feses.
5. Reaksi inflamasi

6. Hyperplasia atau penebalan dinding vascular
7. Mengejan saat BAB
8. Sering menggunakan jamban duduk
9. Terlalu lama duduk
10. Peningkatan tekanan intra abdomen akibat tumor
11. Diare akut ataupun kronik
12. Hubungan seksual perianal
13. Kurang konsumsi air putih dan serat
14. Kurang imobilisasi

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pasien dengan hemoroid akan mengalami tanda gejala yang umum terjadi seperti nyeri pada daerah anus, prolaps, muncul benjolan, hingga terjadi perdarahan (Handaya, 2017b). Gejala yang muncul pada pasien dengan hemoroid eksternal berupa bengkak kebiruan pada tepi anus yang merupakan suatu hematoma serta rasa nyeri dan gatal karena ujung saraf di kulit menjadi reseptor nyeri (Hati et al., 2023). Gejala khas yang muncul pasien dengan hemoroid internal yang masih pada stadium awal akan muncul gejala keluarnya nperdarahan berwarna merah segar tetapi tidak disertai rasa nyeri saat defekasi. Tetapi pada hemoroid internal stadium akhir, gejala nyeri akan muncul disertai perdarahan dan prolapse menetap sehingga tidak bisa masuk lagi meskipun dengan bantuan dorongan (Mursal et al., 2024).

2.1.5 Pathway



2.1.6 Penatalaksanaan

Tata laksana kasus hemoroid ditentukan berdasarkan tingkat keparahan hemoroid. Tatalaksana tersebut meliputi tatalaksana medikamentosa, pengobatan konservatif serta prosedur invasif.

1. Tatalaksana medikamentosa

- a. Pemberian obat yang dapat memperbaiki defekasi seperti obat golongan laksatif memperbesar volume tinja dan meningkatkan peristaltic. Terdapat dua macam obat yaitu suplemen serat (*fiber suplement*) dan pelicin tinja (*stool softener*). Suplemen serat komersial yang banyak dipakai antara lain psyllium atau isphaluga Husk (ex.: Vegeta, Mulax, Metamucil, Mucofalk). Obat ini bekerja dengan cara membesarkan volume tinja dan meningkatkan peristaltik usus. Efek samping antara lain kentut dan kembung. Obat kedua adalah laxant atau pencahar (ex.: Laxadine, Dulcolax, dll).
- b. Obat simptomatik yang dapat mengurangi rasa gatal dan nyeri. Obat berbentuk supositoria untuk hemoroid internal dan ointment / salep untuk hemoroid eksternal
- c. Obat untuk menghentikan perdarahan seperti diosmin dan hesperidin
- d. Obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada hemoroid seperti ibuprofen. terapi topikal dengan nifedipin dan rim lidokain juga efektif.

2. Pengobatan konservatif

Pengobatan konservatif diberikan untuk menghindari prosedur invasive yang dapat berpotensi menurunkan kualitas tubuh. Beberapa metode pengobatan konservatif pada hemoroid yakni :

a. Perubahan pola diet

Peningkatan konsumsi serat dapat mengatasi kesulitan defekasi karena serat dapat menyerap banyak cairan sehingga feses akan lebih lunak dan mudah keluar. Dengan defekasi yang mudah akan meminimalisir rasa nyeri dan mengejan pada penderita hemoroid (Hati et al., 2023)

b. Perubahan gaya hidup

Gaya hidup yang kurang baik pada penderita hemoroid seperti duduk terlalu lama harus dihindari. Menghindari menunda saat ingin defekasi agar tidak menimbulkan konstipasi. Berolahraga ringan untuk memperbaiki masalah pencernaan dan mencegah terjadinya feses yang mengeras (Hati et al., 2023).

3. Prosedur invasive

a. Minimal invasif

Bertujuan untuk menghentikan atau memperlambat perburukan penyakit dengan tindakan-tindakan pengobatan yang tidak terlalu invasive antara lain :

a) Rubber Band Ligation hemoroid

Pengikatan benjolan pada anus dengan alat khusus dengan mengikatkan karet atau pita ketat pada hemoroid grade I –

III sehingga untuk memotong suplai darahnya. Secara umum kondisi ini tidak menimbulkan nyeri tetapi akan muncul rasa tidak nyaman atau tekanan pada sekitar anus. Tindakan ligase ini tidak dianjurkan pada pasien yang mengkonsumsi obat pengencer darah karena dapat menimbulkan perdarahan yang lebih banyak.

b) Stapler hemoroid (*Hemorrhoidopexy*)

Stapler digunakan untuk mengobati hemoroid yang mengalami prolapse pada derajat III atau IV. Stapler bedah akan memperbaiki massa prolapse kembali ke tempatnya di dalam rectum dan memotong suplai darah. Sehingga jaringan menyusut dan dapat pulih kembali.

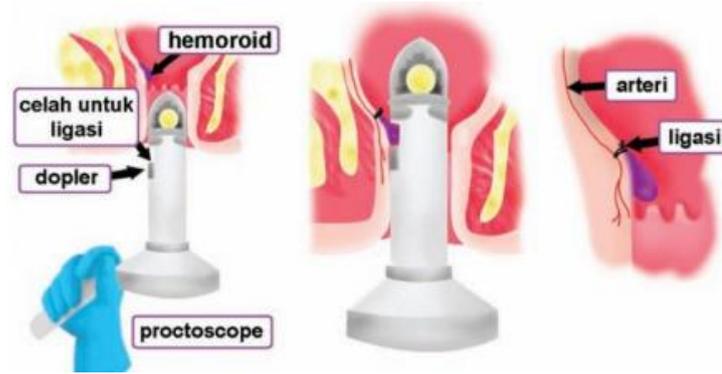


Gambar 2.3 Stepler Hemoroid, Perbedaan Kondisi Sebelum dan Sesudah Hemoroidopeksi

Sumber : (Handaya, 2017a)

c) Ligasi Arteri Hemoroid (*Transanal Hemorrhoidal Dearterilization*)

Prosedur untuk hemoroid derajat II dan III. Metode ini mendeteksi pembuluh darah yang menyebabkan wasir dan ditutup pembuluh darah dengan ligase.



Gambar 2.4 Hemorrhoidal Artery Ligation and Rectoanal Repair

Sumber : (Handaya, 2017a)

d) Skleroterapi

Target pada tindakan ini adalah mengecilkan pembuluh darah dimana dokter akan memberikan injeksi dengan memasukkan bahan kimia untuk mengecilkan pembuluh darah. Prosedur ini perlu dilakukan beberapa kali hingga wasir hilang. Tetapi tingkat kekambuhan lebih tinggi.

e) Terapi koagulasi

Foto koagulasi infra red ini dilakukan pada hemoroid internal derajat I – III. Cahaya infra red yang panas akan menyusutkan benjolan hemoroid. Hal ini dilakukan bersamaan dengan prosedur anuskopi dimana dokter akan memasukkan alat untuk melihat bagian dari anus.

b. Teknik Operasi

1. Hemoroidektomi konvensional

Untuk hemoroid derajat III dan IV, hemoroid eksternal derajat besar, dan hemoroid internal yang prolapse. Dokter bedah akan memotong massa dari hemoroid yang ada.

Biasanya risiko yang ditimbulkan pada prosedur ini adalah rasa nyeri dan infeksi. Tindakan ini juga dilakukan pada pasien dengan refrakter dan intoleran terhadap prosedur ligase atau skleroterapi .

2.2 Konsep Hemoroidektomi

2.2.1 Pengertian

Hemoroidektomi merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan pada pasien dengan masalah hemoroid (Cristea & Lewis, 2024).

2.2.2 Indikasi dan Kontraindikasi

Hemoroidektomi diindikasikan untuk pasien yang tidak memberikan respon yang baik atau tidak dapat mentoleransi prosedur di klinik seperti ligasi, skleroterapi, dan koagulasi inframerah. Hemoroidektomi juga diindikasikan pada pasien dengan hemoroid tingkat III atau IV. Hemoroidektomi juga bisa dilakukan untuk pasien dengan hemoroid tingkat II yang diameter benjolannya cukup besar (Cristea & Lewis, 2024).

Hemoroidektomi operatif diindikasikan untuk hemoroid besar derajat ketiga dan keempat dalam situasi berikut (Cristea & Lewis, 2024):

- a) Manajemen nonoperatif yang gagal
- b) Proses penyakit lain dalam tubuh seseorang yang tidak memungkinkan memberikan respons terhadap penatalaksanaan konservatif
- c) Hemoroid campuran dengan komponen luar yang menonjol

Kontraindikasi dilakukan hemoroidektomi yakni (Cristea & Lewis, 2024):

- a) Inkontinensia tinja di awal sebelum operasi
- b) Rektokel (dinding jaringan antara dubur dan vagina melemah

- c) Adanya penyakit radang usus seperti penyakit Crohn atau kolitis ulserativa
- d) Hipertensi portal dengan varises rectum
- e) Gangguan perdarahan yang tidak terkontrol

2.2.3 Teknik Pembedahan

Hemoroidektomi dikategorikan menjadi hemoroidektomi tertutup (teknik Ferguson) atau hemoroidektomi terbuka (Milligan-Morgan). Milligan-Morgan lebih umum digunakan di Inggris dan Eropa. Teknik Ferguson adalah yang paling umum di Amerika Serikat. Teknik hemoroidektomi ialah sebagai berikut (Cristea & Lewis, 2024):

- 1) Retraktor dimasukkan ke dalam saluran anus untuk menilai ketiga kolom hemoroid. Eksisi dapat dibatasi hanya pada satu kolom, namun ketiganya dapat dipotong dalam operasi yang sama jika ada indikasi klinis. Dokter harus mengatasi kolom patologis terbesar terlebih dahulu.
- 2) Kolom yang besar harus dikompresi pada dasarnya dengan pinset anatomis untuk memastikan anoderm bebas tegangan. Insisi triangular dibuat di sekitar kolom hemoroid tepatnya pada kulit luar dan anoderm diinsisi dengan meso 10.
- 3) Pedikel dibedah dari permukaan sfingter anal internal menggunakan gunting mayo hingga setinggi pedikel. Pedikel diklem arteri dan dilakukan heacting dengan Vicryl 3-0.
- 4) Fiksasi jahitan Vicryl 3-0 yang lebih dalam digunakan di bagian atas cincin anorektal untuk mengurangi risiko prolaps berulang. Jahitan tersebut kemudian digunakan untuk menutup mukosa rektal, anoderm, dan kulit perianal.

- 5) Lubang anus dibiarkan terbuka dan diberi tampon

2.2.4 Komplikasi

Potensi komplikasi hemoroidektomi dapat mencakup hal-hal berikut (Cristea & Lewis, 2024):

- 1) Pasien harus mengantisipasi nyeri dan rasa penuh pada dubur dalam minggu pertama setelah hemoroidektomi dan hemoroidopeksi. Pengendalian nyeri yang memadai, serta penggunaan pelunak feses, merupakan prioritas pada periode pasca operasi. Salah satu metode yang digunakan untuk menghilangkan nyeri dari luka pada sfingter anus yakni dengan *sitz bath*. Metode ini dapat merelaksasi simpul anus, meningkatkan aliran darah dan penyembuhan jaringan. Sesi mandi ini dilakukan dua kali setiap hari selama 10 menit (Hati et al., 2023).
- 2) Komplikasi awal termasuk pendarahan dan retensi urin.
- 3) Komplikasi yang jarang namun mengancam jiwa yang harus dikenali sejak dini termasuk sepsis, pembentukan abses, dan perdarahan masif.
- 4) Komplikasi lanjut termasuk stenosis anal, skin tag, hemoroid berulang, perdarahan tertunda, dan inkontinensia tinja.

2.3 Konsep Dasar Konstipasi

2.3.1 Pengertian

Konstipasi merupakan keadaan dimana terjadi penurunan defekasi yang disertai sulitnya pengeluaran feses, feses kering dan banyak, serta defekasi menjadi tidak tuntas (PPNI, 2017). Konstipasi merupakan kondisi berkurangnya frekuensi defekasi yang bersamaan dengan kondisi tinja yang keras, disertai nyeri saat defekasi. Konstipasi dapat diakibatkan dari masalah kelainan pada system

gastrointestinal, endokrin, atau neurologic (Marchdante & Kliegman, 2021). Berdasarkan Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia yang dilakukan oleh Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI) 2018, konstipasi merupakan defekasi yang tidak lampias yang ditandai frekuensi BAB yang tidak rutin (kurang dari 3 kali per minggu) dan kesulitan mengeluarkan feses (Makmun & Rangga, 2020).

2.3.2 Data Mayor dan Data Minor

Tanda dan gejala mayor maupun minor yang kemungkinan muncul untuk menegakkan diagnose keperawatan konstipasi yakni (Marchdante & Kliegman, 2021):

1. Gejala dan Tanda Mayor

a. Data Subyektif :

- 1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- 2) Pengeluaran feses lama dan sulit

b. Data Objektif

- 1) Feses keras
- 2) Peristaltic usus menurun

2. Gejala dan Tanda Minor

a. Data Subyektif

- 1) Mengejan saat defekasi

b. Data Objektif

- 1) Distensi abdomen
- 2) Kelemahan umum

2.3.3 Faktor Penyebab

Penyebab dari masalah konstipasi pada umumnya meliputi (PPNI, 2017):

1. Faktor fisiologis

- a. Penurunan motilitas gastrointestinal
- b. Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- c. Ketidakcukupan diet
- d. Ketidakcukupan asupan serat
- e. Ketidakcukupan asupan cairan
- f. Aganglionik (misal penyakit Hirschsprung)

2. Factor psikologis

- a. Konfusi
- b. Depresi
- c. Gangguan emosional

3. Factor situasional

- a. Perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan)
- b. Ketidakadekuatan toileting
- c. Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
- d. Penyalahgunaan laksatif
- e. Efek agen farmakologis
- f. Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
- g. Kebiasaan menahan dorongan defekasi
- h. Perubahan lingkungan

2.3.4 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien yang mengalami masalah keperawatan konstipasi meliputi :

1. Penatalaksanaan Farmakologis

a. Pemberian obat pencahar (Laxative)

Obat pencahar adalah pilihan pengobatan yang murah, tersedia secara luas, dan seringkali dijual bebas untuk sembelit kronis yang sulit disembuhkan. Obat pencahar dapat meningkatkan konsistensi tinja, meningkatkan frekuensi buang air besar, dan mengurangi mengejan saat buang air besar (Sharma et al., 2021).

i. Obat pencahar osmotik

Obat pencahar osmotik, seperti PEG, laktulosa, sorbitol, gliserol dan garam magnesium, mengandung ion atau molekul yang tidak dapat diserap. Senyawa ini menciptakan gradien osmotik yang mendorong sekresi air dan elektrolit ke dalam lumen usus, meningkatkan volume feses dan meningkatkan gerak peristaltik. Sebagian besar penelitian berfokus pada PEG, yang menunjukkan keunggulan dibandingkan plasebo dan laktulosa dalam memperbaiki gejala sembelit kronis (Sharma et al., 2021).

ii. Obat pencahar stimulant

Obat pencahar stimulan direkomendasikan setelah pasien gagal memberikan respon terhadap obat pencahar osmotik. Turunan difenilmetana (bisacodyl, sodium picosulfate) dan

antrakuinon (sennosides, cascara) adalah glikosida yang tidak aktif dan tidak dapat diserap yang menstimulasi sekresi cairan, elektrolit dan peristaltik setelah aktivasi oleh glikosidase di usus besar (Sharma et al., 2021).

- b. Agen prokinetik dan prosekretorik untuk merangsang kontraktilitas otot polos atau memodulasi koordinasi motoric gastroduodenal (Sharma et al., 2021)..

2. Penatalaksanaan Non Farmakologis

- a. Pola makan tinggi serat

Serat dapat menahan air sehingga meningkatkan hidrasi tinja. Dalam konteks ini, penting untuk diketahui bahwa konsistensi tinja berkaitan erat dengan kandungan airnya. Tinja normal mengandung 74% air, sedangkan tinja keras mengandung kurang dari 72% dan tinja lunak setidaknya 76%. Oleh karena itu, persentase kadar air sedikitnya 2% dapat membuat perbedaan pada bentuk tinja. Variasi konsistensi yang kecil ini memungkinkan tinja lebih cepat dipindahkan ke bagian distal oleh peristaltik usus besar dan lebih mudah dikeluarkan (Bellini et al., 2021).

Konsumsi 2 buah kiwi hijau atau psyllium (7,5 g) per hari selama 4 minggu, diikuti dengan pencucian selama 4 minggu, dan kemudian perlakuan lainnya selama 4 minggu dapat meningkatkan frekuensi buang air besar. Tidak hanya kiwi tetapi buah segar lainnya dapat menghilangkan sembelit (Gearry et al., 2023).

- b. Peningkatan asupan cairan

Pengobatan lini pertama untuk konstipasi yakni pemberian asupan air yang cukup (1,5–2 L/hari). Air yang kaya akan magnesium sulfat mempunyai efektivitas pencahar terutama karena senyawa magnesium yang dikandungnya. Magnesium hidroksida ($\text{Mg}(\text{OH})_2$) umumnya digunakan sebagai pencahar osmotik dengan dosis lebih dari 2 g/hari. Di lambung, zat ini bereaksi dengan proton (H^+) asam lambung, menghasilkan Mg^{2+} dan air. Namun, jika dikonsumsi dalam dosis tinggi, $\text{Mg}(\text{OH})_2$ diubah di usus menjadi magnesium karbonat (MgCO_3), menyerap air dari dinding usus dan menghidrasi serta melunakkan tinja. Penggunaan air jenis ini secara berlebihan tidak dianjurkan pada pasien lanjut usia dengan insufisiensi ginjal karena risiko hipermagnesemia bisa lebih tinggi (Bellini et al., 2021).

c. Massage abdomen

Pijat perut dan aromaterapi merupakan metode yang aman, efektif, non invasif dan non farmakologis tanpa efek samping. Pijat aroma yang dilakukan dengan rosemary, jahe, mint, lavender, coral mansion dan pepper oil selama kurang lebih 15-20 menit dapat memperkuat otot perut, merangsang gerak peristaltik, mengurangi waktu transit kolon, meningkatkan frekuensi buang air besar pada pasien sembelit, dan menurunkan frekuensi buang air besar. Pemberian massage abdomen memiliki kontraindikasi yakni pada pasien yang hamil, memiliki tumor abdomen, pasien post operasi di

area abdomen, dan pasien dengan cedera tulang belakang (Lafci & Kasikci, 2022).

d. Terapi biofeedback

Terapi biofeedback adalah pengobatan yang ampuh untuk buang air besar yang didiagnosis berdasarkan gejala dan pengujian motilitas anorektal, dan direkomendasikan oleh *American and European Societies of Neurogastroenterology and Motility*. Berbagai penelitian terkontrol secara acak telah membuktikan bahwa empat hingga enam sesi elektromiografi atau manometri-terapi biofeedback membawa tingkat kemanjuran 70%-80% untuk buang air besar dibandingkan dengan pengobatan standar atau obat pencahar (Sharma et al., 2021).

e. *Auricular Accupresure*

Akupresur auricular (AA) adalah terapi non-invasif yang berasal dari Pengobatan Tradisional Tiongkok (TCM) yang melibatkan pemberian tekanan pada titik akupuntur tertentu di telinga menggunakan biji Vaccaria atau pelet magnet. *Auricular Acupressur* menawarkan beberapa keunggulan dibandingkan terapi lain, termasuk keterjangkauan, tidak menimbulkan rasa sakit. Di bawah bimbingan dokter, pasien dapat dengan mudah menyelesaikan prosedur pengobatan (Jiang et al., 2023).

2.4 Konsep *Auricular Acupressure*

2.4.1 Definisi

Akupresur auricular (AA) adalah terapi non-invasif yang berasal dari Pengobatan Tradisional Tiongkok (TCM) yang melibatkan pemberian tekanan pada titik akupuntur tertentu di telinga menggunakan biji Vaccaria atau pelet magnet.

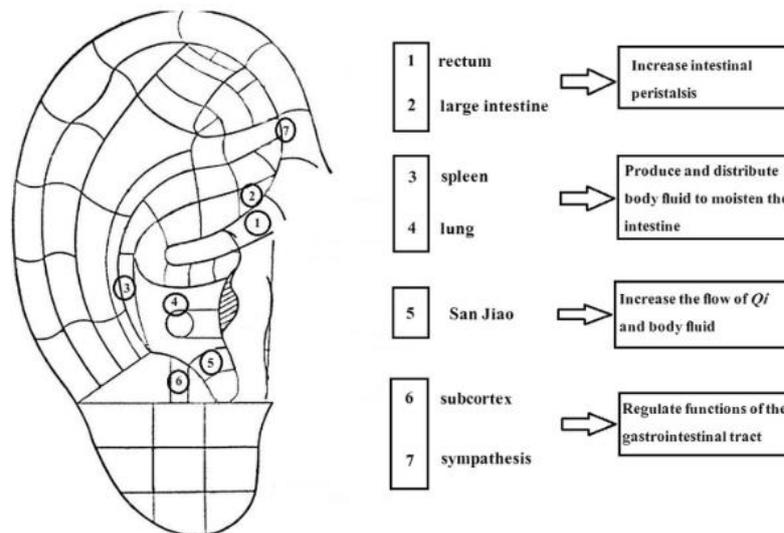
2.4.2 Tujuan

Setiap organ dalam tubuh mempunyai titik refleks pada permukaan telinga luar, dan rangsangan titik akupuntur bertujuan untuk mengembalikan keseimbangan dan menyetel aliran energi vital dan darah, serta meringankan berbagai penyakit dalam tubuh. *Auricular Acupressure* berpotensi memiliki efek pada sembelit seperti menstimulasi saraf vagal aurikuler (Jiang et al., 2023)

2.4.3 Metode

Prosedur penatalaksanaan terapi akupuntur *auricular acupressure* ini terbilang sederhana dan tidak menimbulkan rasa nyeri. Metode ini membutuhkan jarum atau biji vaccaria sebagai perantara yang menghantarkan rangsangan. Jarum atau biji tersebut diletakkan sesuai dengan titik – titik yang ada di telinga. Untuk mencegah tekanan berlebihan pada kedua telinga, plester auricular dipasang pada satu telinga terlebih dahulu selama 2-5 hari, dan begitupun bergantian pada telinga kanan kemudian dilepas. Tetapi banyak juga pemasangan biji vaccaria ataupun jarum akupuntur dilakukan bersamaan di kedua telinga (Aminizadeh et al., 2023). Titik tersebut yakni titik rectum dan usus besar untuk meningkatkan peristaltic usus, organ limpa dan paru – paru untuk memproduksi dan mendistribusikan cairan tubuh sehingga dapat melembabkan usus, titik san jiao atau triple warmer untuk

meningkatkan aliran cairan tubuh, titik subkorteks dan saraf simpatis untuk mengoptimalkan pengaturan fungsi saluran pencernaan.



2.4 Tujuh Titik Auricular

Sumber : (Aminizadeh et al., 2023)

2.5 Konsep *Abdominal Massage Aroma*

2.5.1 Definisi

Pijat perut dan aromaterapi merupakan metode yang aman, efektif, non invasif dan non farmakologis tanpa efek samping. Pemijatan dilakukan pada area abdomen tepatnya sepanjang kolon assending, transversal, desending, sigmoid, hingga rectum. Pijat aroma yang dilakukan dengan rosemary, jahe, mint, lavender, coral mansion dan pepper oil selama kurang lebih 15-20 menit dapat memperkuat otot perut, merangsang gerak peristaltik, mengurangi waktu transit kolon, meningkatkan frekuensi buang air besar pada pasien sembelit, dan menurunkan frekuensi buang air besar. (Lafci & Kasikci, 2022).

2.5.2 Indikasi dan Kontraindikasi

Pemberian massage abdomen ini dilakukan pada seseorang yang mengalami masalah konstipasi atau keluhan defekasi. Tetapi terapi pijat ini memiliki kontraindikasi yakni pada pasien yang hamil, memiliki tumor abdomen, pasien post operasi di area abdomen, dan pasien dengan cedera tulang belakang (Lafci & Kasikci, 2022).

2.5.3 Metode

Setiap langkah massage abdomen dilakukan 3x untuk mengurangi masalah konstipasi meliputi (Lafci & Kasikci, 2022) :

- 1) Mengusap abdomen dari bawah ke atas
- 2) Mengusap abdomen dari atas ke bagian bawah membentuk hati
- 3) Mengusap abdomen dengan gerakan melingkar dengan posisi tangan kiri di perut atas dan tangan kanan memutar
- 4) Mengurut abdomen ke bawah dengan tangan mengepal diikuti tangan yang lain
- 5) Mengurut abdomen ke gerakan keatas dengan tangan mengepal diikuti tangan yang lain
- 6) Ulangi langkah ke 4 dan ke 5
- 7) Mengusap abdomen dari kiri ke kanan dan sebaliknya dari kanan ke kiri
- 8) Menggetarkan abdomen di atas pusar

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengadakan kegiatan mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat

dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Untuk melakukan langkah pertama ini diperlukan berbagai pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat diantaranya pengetahuan tentang kebutuhan atau sistem biopsikososial dan spiritual bagi manusia yang memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial dan tinjauan dari aspek spiritual, kemudian pengetahuan akan kebutuhan perkembangan manusia (tumbuh kembang dari kebutuhan dasarnya), pengetahuan tentang konsep sehat dan sakit, pengetahuan tentang patofisiologi dari penyakit yang dialami, pengetahuan tentang sistem keluarga dan kultur budaya serta nilai-nilai keyakinan yang dimiliki klien.

Sedangkan untuk kemampuan yang harus dimiliki oleh perawat dapat meliputi kemampuan melakukan observasi secara sistematis pada klien, kemampuan berkomunikasi secara verbal atau nonverbal, kemampuan menjadi pendengar yang baik, kemampuan dalam menciptakan hubungan saling membantu, kemampuan dalam membangun suatu kepercayaan, kemampuan mengadakan wawancara serta adanya kemampuan dalam melakukan pengkajian atau pemeriksaan fisik keperawatan. Melalui pengetahuan dan kemampuan yang harus dimiliki pada tahap pengkajian ini maka tujuan dari pengkajian akan dapat dicapai. Langkah-langkah pengkajian meliputi (Hidayat, 2021):

1) Pengumpulan data

Merupakan upaya untuk mendapatkan data yang dapat digunakan sebagai informasi tentang klien, data yang dibutuhkan tersebut mencakup data tentang biopsikososial dan spiritual dari klien, data yang berhubungan dengan masalah klien serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhinya atau yang berhubungan dengan klien, seperti data

tentang keluarga, dan lingkungan yang ada. dalam pengumpulan data, perangkat atau format yang dapat dimiliki dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien. Data yang perlu dimiliki saat proses pengkajian yakni (Hidayat, 2021):

- a. Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, nomor rekam medis, diagnosis medis.
- b. Keluhan Utama yang merupakan keluhan yang dirasakan pada saat dilakukan pengkajian
- c. Riwayat Penyakit Sekarang yang merupakan proses perjalanan pasien sejak munculnya keluhan hingga dibawa berobat ke pelayanan kesehatan
- d. Riwayat Penyakit Keluarga. Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit lain.
- e. Pemeriksaan Fisik (Head to toe). Yang pemeriksaan ini dimulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, tenggorokan, leher, dada, perut, jantung, paru-paru, punggung, genitalia dan ekstremitas.

2) Analisa data

Analisa data merupakan upaya untuk memberikan justifikasi pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari berbagai sumber dengan berdasarkan standar nilai normal, untuk diketahui kemungkinan tambahan

atau pengkajian ulang tentang data yang ada. Setelah data dianalisis, perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko dan promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan merujuk ke label diagnosis keperawatan (Hidayat, 2021).

Pengkajian focus pada kasus hemoroid meliputi :

a. Identitas

- 1) Identitas pasien: Nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor rekam medik dan diagnosa medis
- 2) Identitas penanggung jawab: Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, serta status hubungan dengan pasien.

b. Pengkajian Umum

- 1) Keluhan utama: Keluhan yang pasien rasakan saat pengkajian dan alasan utama masuk rumah sakit. Pada pasien hemoroid, biasanya mengeluh nyeri pada anus terutama saat BAB
- 2) Pengkajian riwayat penyakit sekarang
Riwayat kesehatan sekarang merupakan pengembangan dari keluhan utama yang mencakup PQRST. Adapun hal – hal yang harus diperhatikan saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan sekarang klien, yaitu : 1) Apakah ada rasa gatal, panas / terbakar dan nyeri pada saat defekasi. 2) Adakah nyeri abdomen. 3) Apakah ada perdarahan di rectum, seberapa banyak, seberapa sering, dan apa warnanya (merah segar atau warna merah tua). 4)

Bagaimana pola eliminasi klien, apakah seing menggunakan laktasif atau tidak. b. Riwayat Kesehatan Dahulu.

3) Riwayat penyakit terdahulu

Tanyakan pada klien apakah dahulu pernah mengalami hal yang sama, kapan terjadinya, bagaimana cara pengobatannya. Apakah memiliki riwayat penyakit yang dapat menyebabkan hemoroid atau yang dapat menyebabkan kambuhnya hemoroid

4) Pengkajian psikososial : Mengkaji dampak penyalit terhadap keadaan psikologis dan kehidupan sosialnya, aktivitas/istirahat, sirkulasi, makanan/cairan, integritas ego, nyeri/kenyamanan, pernapasan, penyuluhan/pembelajaran

5) Pemeriksaan umum/tanda-tanda vital

Penampilan klien, ekspresi wajah, bicara, mood, berpakaian dan kebersihan umum, tinggi badan, BB, gaya berjalan. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital
Pemeriksaan pada tanda-tanda vital mencakup : suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah.

d. Pemeriksaan Head to Toe

1) Kepala

- a. Rambut: Kebersihan rambut, bentuk kepala, kelainan di kepala
- b. Mata: Bentuk kedua bola mata, konjungtiva, reflek pupil , kelainan pada mata
- c. Telinga: Bentuk kedua telinga, kebersihan telinga, kelainan pada telinga

- d. Hidung: Bentuk tulang hidung, kebersihan hidung, pembengkakan, lesi ataupun kelainan yang lainnya
 - e. Mulut, lidah, gigi bibir simetris, warna bibir, bibir lembab, apakah ada lesi (keadaan mulut).
- 2) Leher: Bentuk leher, apakah ada pembengkakan/massa, reflek menelan.
- 3) Dada, Payudara, dan Ketiak
- a. Kesimetrisan dada, ekspansi dada, suara tambahan, irama nafas klien
 - b. Apakah tambahan bunyi pada jantung. Biasanya pada penderita hemoroid yang tidak memiliki riwayat penyakit jantung maka kondisi jantungnya normal
 - c. Apakah ada edema di daerah payudara, bentuk payudara simetris, tidak ada massa dan lesi, tidak ada keluaran di daerah puting. Hal tersebut perlu dikaji terutama pada pasien yang dulunya memiliki riwayat masalah pada payudara seperti tumor ataupun kanker payudara
- 4) Abdomen
- a. Bentuk perut, ada atau tidak ada nyeri tekan di daerah perut, bising usus. Biasanya pada penderita hemoroid yang memiliki keluhan defekasi sulit akan mengalami penurunan peristaltic usus dibawah normal.
 - b. Pola defekasi berapa kali per hari. Apakah ada perubahan frekuensi defekasi? Biasanya penderita hemoroid yang sudah menginjak grade II, III, atau IV akan mengalami penurunan defekasi karena sering

muncul nyeri dan penderita akan enggan untuk defekasi jika nyeri tidak tertahan.

- c. Kaji penggunaan obat laksatif sebelumnya
- d. Makanan yang dikonsumsi sebelum timbul masalah. Penderita hemoroid akan banyak ditemui pola konsumsi serat yang rendah sehingga defekasi sulit.
- e. Jenis cairan dan jumlah cairan yang dikonsumsi setiap hari. Cairan juga berpengaruh terhadap pola defekasi.
- f. Kegiatan sehari-hari yang dilakukan saat di rumah seperti pola aktivitas yang monoton dan kurang bergerak atau sering duduk. Hal tersebut menjadi alasan tersering pada penderita hemoroid
- g. Manajemen stress yang digunakan saat ada di rumah

5) Genitalia

- a. Apakah ada kelainan pada genitalia, bentuk simeris tidak ada varises, edema, tumor/ benjolan, infeksi, luka atau iritasi, pengeluaran cairan atau uaran cairan atau darah
- b. Pada pemeriksaan rektum normalnya tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/hemoroid/poliptanda-tanda infeksi dan perdarahan. Sedangkan pada penderita hemoroid, akan nampak benjolan atau varises vena hemoroidalis bahkan menimbulkan iritasi dan perdarahan serta rasa nyeri

- 6) Kulit dan Kuku : penderita hemoroid yang disertai perdarahan akan ditemui hasil pengkajian seperti warna kulit pucat, warna kuku pucat hampir

berwarna berwana putih kaji juga kelembapan kulit, turgor kulit, pengisian kapiler / capillary refill time.

7) Ekstermitas

- a. Atas : kebanyakan pada penderita hemoroid tidak mengalami masalah ekstermitas dimana bentuk simetris, tidak ada kelainan lain, reflek bisep dan trisep klien normal, terbukti saat dilakukan ketukan di lekukan sikut dan di sikut menggunakan reflek hammer adanya gerakan spontan di ujung ekstermitas.
- b. Bawah : Bentuk kedua kaki simetris, tidak ada kelainan lain, reflek patella normal terbukti saat dilakukan ketukan pada lutut menggunakan reflek hammer untuk mengetahui adanya gerakan spontan di ujung ekstermitas

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu Diagnosis Negatif dan Diagnosis Positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas Diagnosis Aktual dan Diagnosis Risiko. Sedangkan Diagnosis Positif menunjukkan bahwa

klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga dengan Diagnosis Promosi Kesehatan (Hidayat, 2021).

Diagnosa keperawatan yang kemungkinan muncul pada penderita hemoroid meliputi :

Diagnosa pre operatif :

1. Nyeri akut
2. Konstipasi
3. Risiko perdarahan
4. Risiko perfusi perifer tidak efektif
5. Ansietas

Diagnosa post operatif :

1. Risiko infeksi
2. Risiko Perdarahan

2.6.3 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu perencanaan keperawatan pada pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien dengan cara merumuskan tujuan, rencana tindakan dan kriteria hasil atau kemajuan pada pasien. Karakteristik intervensi keperawatan yaitu sebagai berikut (Polopadang & Hidayah, 2019):

- 1) Rencana Asuhan keperawatan disusun dan ditulis oleh perawat profesional yang mempunyai dasar pendidikan yang memadai dengan melibatkan pasien.
- 2) Dilaksanakan sejak pertama kali melakukan kontak dengan pasien. Rencana asuhan keperawatan menjadi efektif jika dilaksanakan sejak pertama kali

perawat melaksanakan kontak dengan pasien. Segera setelah dilakukan pengkajian, perawat harus mulai untuk mendokumentasikan diagnosis aktual atau risiko, kriteria hasil dan rencana intervensi.

- 3) Semua komponen rencana asuhan keperawatan harus selalu diperbaharui. Diagnosis keperawatan, kriteria hasil, dan rencana intervensi yang sudah tidak valid lagi harus segera direvisi dengan pembaharuan rencana intervensi.

Langkah – langkah intervensi keperawatan adalah sebagai berikut (Polopadang & Hidayah, 2019) :

- 1) Menentukan prioritas masalah Kegiatan pertama adalah tahap intervensi keperawatan adalah menentukan masalah keperawatan untuk menentukan skala prioritas yang akan diselesaikan terlebih dahulu. Prioritas keperawatan adalah penyusunan diagnosis keperawatan atau masalah pasien dengan menggunakan tingkat kedaruratan atau kepentingan untuk memperoleh tahapan intervensi keperawatan yang dibutuhkan.
- 2) Menuliskan tujuan Kriteria tujuan terdiri atas rumusan singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosis keperawatan, spesifik, dapat diukur/diobservasi, realistis/dapat dicapai, terdiri dari subjek, perilaku pasien, kondisi dan kriteria tujuan.
- 3) Menetapkan Kriteria Hasil Kriteria hasil merupakan batasan karakteristik keberhasilan dari tujuan yang telah ditetapkan. Berorientasi pada masalah dan kemungkinan penyebab dan merujuk pada symptom. Kriteria hasil meliputi 4 aspek yaitu kognitif, afektif, psikomotor dan perubahan fungsi tubuh.

4) Memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan

Intervensi yang mungkin dilakukan pada kasus hemoroid yakni :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan pada Pasien Hemoroid

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
Nyeri akut	<p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Pola tidur membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
Konstipasi	<p data-bbox="488 775 916 810">Eliminasi Fekal</p> <p data-bbox="488 820 916 900">Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul data-bbox="488 909 916 1235" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 909 916 973">- Keluhan defekasi lama dan sulit menurun <li data-bbox="488 983 916 1046">- Distensi abdomen membaik <li data-bbox="488 1056 916 1120">- Konsistensi feses membaik <li data-bbox="488 1129 916 1235">- Frekuensi defekasi membaik 	<ul data-bbox="929 319 1968 351" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="929 319 1968 351">• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p data-bbox="929 376 1048 408">Edukasi</p> <ul data-bbox="929 450 1968 641" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="929 450 1968 481">• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <li data-bbox="929 491 1968 523">• Jelaskan strategi meredakan nyeri <li data-bbox="929 533 1968 564">• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <li data-bbox="929 574 1968 606">• Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat <li data-bbox="929 616 1968 641">• Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p data-bbox="929 667 1084 699">Kolaborasi</p> <ul data-bbox="929 740 1968 772" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="929 740 1968 772">• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <hr/> <p data-bbox="929 775 1234 807">Manajemen Konstipasi</p> <p data-bbox="929 833 1070 865">Observasi</p> <ol data-bbox="929 906 1968 1136" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="929 906 1968 938">1. Periksa tanda dan gejala konstipasi <li data-bbox="929 948 1968 1011">2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) <li data-bbox="929 1021 1968 1085">3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <li data-bbox="929 1094 1968 1136">4. Monitor tanda dan gejala rupture usus dan/atau peritonitis <p data-bbox="929 1161 1084 1193">Terapeutik</p> <ol data-bbox="929 1235 1968 1267" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="929 1235 1968 1267">1. Anjurkan diet tinggi serat

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu 3. Lakukan evaluasi feses secara manual, jika perlu 4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu
		<p>Edukasi</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan Tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 3. Latih buang air besar secara teratur 4. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi
		<p>Kolaborasi</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus • Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
Risiko perdarahan	<p>Tingkat Perdarahan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan anus menurun - Perdarahan pasca operasi menurun - Hemoglobin membaik - Hematocrit membaik 	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet) <p>Terapeutik</p>

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
	<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah membaik - Denyut nadi apical membaik - Suhu tubuh membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan bed rest selama perdarahan • Batasi tindakan invasive, jika perlu • Gunakan kasur pencegah decubitus • Hindari pengukuran suhu rektal <p data-bbox="943 496 1048 523">Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala perdarahan • Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi • Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan • Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K • Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p data-bbox="943 823 1084 850">Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu • Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu • Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
Risiko perfusi perifer tidak efektif	<p data-bbox="488 1011 696 1038">Perfusi Perifer</p> <p data-bbox="488 1054 913 1214">Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat menurun 	<p data-bbox="927 1011 1167 1038">Pencegahan Syok</p> <p data-bbox="927 1070 1070 1098">Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) • Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD)

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
	<ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Kelemahan otot menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik - Tekanan darah membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) • Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil • Periksa Riwayat alergi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% • Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu • Pasang jalur IV, jika perlu • Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu • Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab/faktor risiko syok • Jelaskan tanda dan gejala awal syok • Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari alergen <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian IV, jika perlu • Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu • Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
Ansietas	Tingkat Ansietas	Terapi Relaksasi

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah dan tegang menurun - Keluhan pusing menurun - Frekuensi napas menurun - Frekuensi nadi menurun - Tekanan darah menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik - Tremor menurun - Pucat menurun 	<p>Observasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi
	<p>Terapeutik</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai
	<p>Edukasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) • Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih

Diagnosa Kep (PPNI, 2017)	SLKI (PPNI, 2018b)	SIKI (PPNI, 2018a)
Risiko infeksi	Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih membaik - Kultur darah membaik - Kultur area luka membaik - Kultur feses membaik	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mengambil posisi nyaman • Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi • Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih • Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) <hr/> <p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**Diagnosa Kep
(PPNI, 2017)**

**SLKI
(PPNI, 2018b)**

**SIKI
(PPNI, 2018a)**

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
-

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Beberapa kemampuan yang harus dimiliki seorang perawat di tahap implementasi, antara lain : kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif, kemampuan dalam membina hubungan saling percaya dan saling menolong, kemampuan melaksanakan teknik psikomotor, kemampuan melaksanakan observasi sistematis, kemampuan dalam memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan mengadvokasi, dan kemampuan dalam melakukan evaluasi. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping dengan baik jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan sebuah penilaian atau pengukuran dengan cara membandingkan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah diberikan suatu perlakuan. Evaluasi keperawatan sendiri merupakan penilaian yang diamati dan diukur dari hasil membandingkan suatu perubahan keadaan atau kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi diantaranya adalah memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan,

menentukan tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mengatasi masalah dan mencapai tujuan, dan mengkaji penyebab masalah masih belum dapat teratasi (Polopadang & Hidayah, 2019).

Evaluasi terbagi menjadi 2 jenis yakni Evaluasi Proses (Formatif) dan Evaluasi Hasil (Sumatif). Evaluasi proses (formatif) yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Sedangkan evaluasi hasil (sumatif) merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, dan rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Evaluasi formatif berbentuk komponen SOAP/ SOAPIE/ SOAPIER dirancang untuk memudahkan perawat dalam menilai atau memantau perkembangan pasien. S : Data Subjektif -> Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah diberikan tindakan keperawatan. O : Data Objektif -> Data objektif merupakan data yang berdasarkan pada hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan keperawatan. A : Analisis -> Analisis merupakan interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif. P : Planning -> Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah

menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dilanjutkan adalah tindakan yang masih kompeten untuk menyelesaikan masalah pasien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilannya. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah pasien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. I : Implementasi -> Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan. E : Evaluasi -> Evaluasi adalah respons pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. R : Reassessment -> Reassessment merupakan pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi diketahui (Polopadang & Hidayah, 2019).