

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Haemorhoid merupakan suatu proses patologis yang terjadi ketika vena haemorhoid mengalami peningkatan volume darah dan mengalami pembengkakan, sehingga merusak jaringan ikat di dalam bantalan anus. Seiring berjalannya waktu, jaringan ikat otot submukosa dapat melemah, yang memungkinkan haemorhoid untuk bergeser, menonjol, atau bahkan prolaps melalui sfingter anus (Pullen, 2022).

Haemorhoid adalah pelebaran pembuluh darah vena pada tunika mukosa dan tunika submukosa dari pleksus Haemorhoidalis internal dan eksternal. Istilah "Haemorhoid" berasal dari kata "*haima*" dan "*rheo*," yang dalam konteks medis berarti pelebaran pembuluh darah vena. Haemorhoid tidak hanya sekadar pelebaran vena haemorhoidalis, tetapi juga melibatkan elemen kompleks termasuk pembuluh darah, jaringan lunak, dan otot di sekitar area anorektal (Ayomi *et al.*, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa haemorhoid merupakan pelebaran pembuluh darah vena dari pleksus haemorhoidalis yang berada pada daerah sekitar anus.

B. Gambaran Anus dengan Haemorhoid

Anus normal terletak pada posisi normal di sepanjang perineum antara fourchette (perempuan) atau skrotum (laki-laki) dan tulang ekor. Kalibernya normal dan dikelilingi secara melingkar oleh kompleks otot sfingter (Amerstorfer *et al.*, 2022). Sedangkan anus dengan haemorhoid diklasifikasikan menjadi dua, yaitu internal dan eksternal. Gambaran fisik haemorhoid internal terdapat benjolan di dalam anus yang tidak terlihat, ditandai dengan keluarnya warna merah darah di toilet setelah buang air besar. Gambaran fisik haemorhoid eksternal terdapat benjolan di bawah kulit di sekitar anus, tampak seperti jerawat berwarna merah muda atau ungu, biasanya terasa nyeri dan dapat mengeluarkan darah menetes.



Gambar 2. 1 Anus normal

Sumber: Amerstorfer *et al.*, 2022



Gambar 2. 2 Anus dengan Haemorhoid

Sumber: Alodokter, 2021

C. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi dan Predisposisi

Faktor predisposisi terjadinya haemorhoid adalah hereditas, anatomi, makanan, pekerjaan, psikis, dan senilitas. Sedangkan sebagai faktor presipitasi adalah faktor mekanis (kelainan sirkulasi parsial dan peningkatan tekanan intra abdominal), fisiologi dan radang (Suprijono dalam Fauzi, 2022).

Adapun penyebab terjadinya Haemorhoid menurut Indrayani *et al.*, (2021), yaitu konstipasi, mengejan terlalu lama, kehamilan, dan obesitas. Feses yang keras dan peningkatan tekanan intraabdominal dapat menyebabkan obstruksi aliran balik vena, yang mengakibatkan pembengkakan pada pleksus haemorhoid. Selama kehamilan, peningkatan tekanan intraabdominal dan hormon kehamilan dapat menyebabkan kongesti pada bantalan anus dan haemorhoid yang simtomatik, namun kondisi ini biasanya kembali normal secara spontan setelah melahirkan. Mengejan terlalu lama saat buang air besar dapat memicu perkembangan gejala haemorhoid, seperti keluarnya darah atau munculnya benjolan. Diet rendah serat, serta konsumsi makanan pedas dan alkohol, juga terbukti dapat menyebabkan terjadinya haemorhoid.

2. Klasifikasi

Haemorhoid dibagi menjadi dua yaitu haemorhoid eksterna yang merupakan adanya pelebaran vena subkutan di bawah atau di luar

linea dentata sedangkan haemorhoid interna yaitu berupa pelebaran vena submukosa di atas linea dentata (Soeseno *et al.*, 2021).

a. Haemorhoid eksterna

Haemorhoid eksterna adalah kondisi di mana terjadi varises pada pleksus haemorhoidalis inferior, yang terletak di bawah linea dentate dan tertutup oleh kulit. Haemorhoid eksterna dapat diklasifikasikan menjadi akut dan kronik. Pada gambaran klinis akut, terjadi pembengkakan bulat kebiruan pada tepi anus yang sebenarnya merupakan hematoma. Meskipun disebut haemorhoid trombosis eksterna akut, jenis haemorhoid ini sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung syaraf pada kulit berperan sebagai reseptor nyeri. Sementara itu, haemorhoid eksterna kronik ditandai dengan adanya satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri dari jaringan dan sedikit pembuluh darah.

b. Haemorhoid interna

Haemorhoid interna adalah pembengkakan vena pada pleksus haemorhoidalis superior, di atas linea dentate dan tertutup oleh mukosa. Tipe haemorhoid ini memiliki 4 derajat yaitu:

1) Derajat I

Varises terdeteksi, namun belum ditemukan adanya benjolan saat defekasi. Biasanya dapat diidentifikasi melalui pemeriksaan sigmoidoskopi yang menunjukkan adanya perdarahan.

2) Derajat II

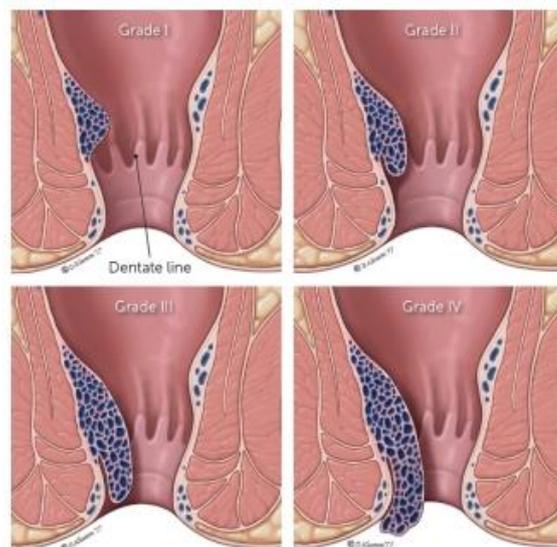
Pasien mengalami perdarahan dan prolaps jaringan di luar anus saat mengejan selama defekasi, tetapi prolaps ini dapat kembali secara spontan.

3) Derajat III

Mirip dengan derajat II, namun prolaps tidak dapat kembali secara spontan dan harus didorong kembali secara manual.

4) Derajat IV

Prolaps tidak dapat direduksi atau inkarserasi. Benjolan dapat terjepit di luar anus dan pada derajat ini dapat disertai dengan adanya iritasi, inflamasi, edema dan ulserasi.



Gambar 2. 3 Derajat Hemoroid Interna

Sumber: Soeseno *et al.*, 2021

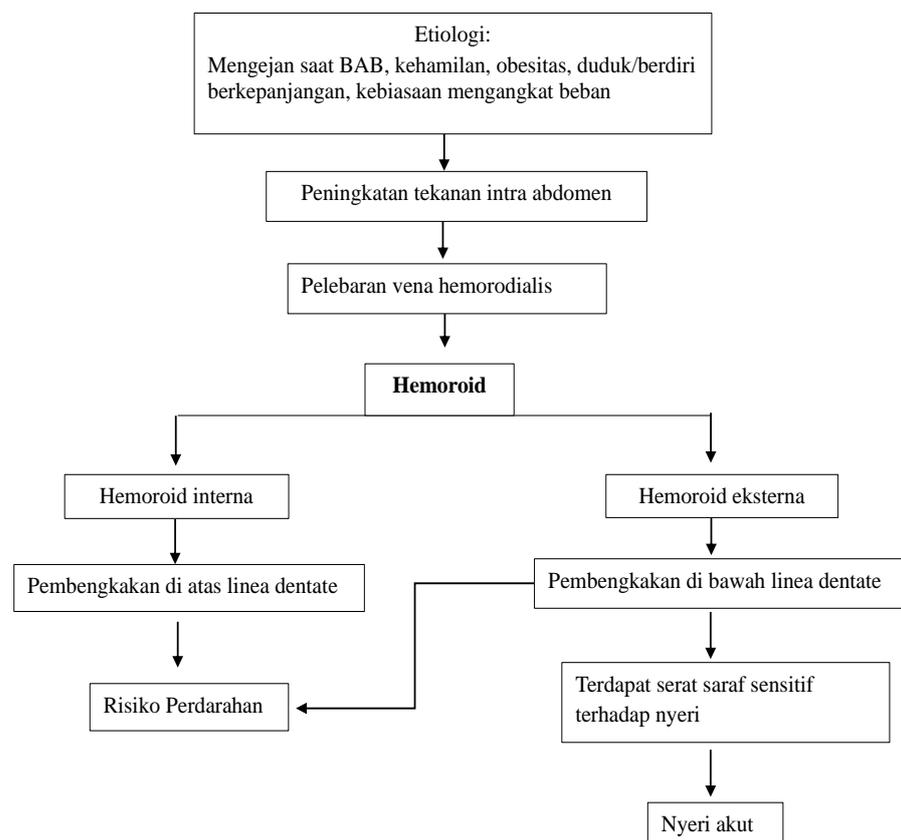
3. Psiko patologi/patofisiologi

Haemorhoid adalah struktur pembuluh darah yang merupakan bagian normal dari anatomi anorektal dan berperan sebagai bantalan pembuluh darah yang mengandung jaringan ikat submukosa, pembuluh darah, otot polos, dan saraf yang mengatur pembukaan dan penutupan sfingter anal internal dan eksternal. Selain itu, Haemorhoid juga memiliki peran penting dalam menentukan perbedaan antara gas atau tinja di rektum untuk menjaga kontinuitas tinja. Pasokan arteri ke Haemorhoid berasal dari arteri rektum superior, tengah, dan inferior, yang juga dikenal sebagai arteri haemorhoidal. Aliran balik vena terjadi melalui vena rektum superior, tengah, dan inferior, yang juga dikenal sebagai vena haemorhoidalis (Pullen, 2022).

Haemorhoid adalah suatu proses patologis yang terjadi ketika vena haemorhoid mengalami peningkatan volume darah dan menggelembung, yang dapat merusak jaringan ikat di dalam bantalan anus. Seiring berjalannya waktu, jaringan ikat otot submukosa dapat melemah, yang memungkinkan Haemorhoid untuk bergeser, menonjol, atau bahkan prolaps melalui sfingter dubur. Haemorhoid dapat dipicu oleh peningkatan tekanan intra-abdomen akibat mengejan saat buang air besar, kehamilan, obesitas, periode duduk atau berdiri yang berkepanjangan, dan kebiasaan mengangkat beban berat. Haemorhoid dapat diklasifikasikan sebagai internal atau eksternal berdasarkan posisi relatif terhadap garis dentate, yang juga dikenal sebagai garis pektinat,

yang memisahkan bagian atas dan bawah lubang anus. Haemorhoid internal berada di atas garis dentate dan tidak memiliki serabut saraf sensorik yang sensitif terhadap nyeri, sementara haemorhoid eksternal berada di bawah garis dentate dan mengandung serat saraf yang sensitif terhadap nyeri. Namun, tingkat prolaps haemorhoid internal dapat menentukan tingkat gejala yang dirasakan, dengan haemorhoid internal umumnya menyebabkan pendarahan dubur tanpa nyeri (Pullen, 2022).

4. Pathway



Gambar 2. 4 Skema Hemoroid

Sumber: Pullen 2022, PPNI 2017

5. Manifestasi Klinik

Tanda gejala haemorhoid yaitu berupa perdarahan yang keluar dari bagian anus setelah defekasi, serta nyeri yang membuat rasa tidak nyaman saat beraktivitas, bengkak, gatal, prolaps (Yamana, 2018). Gejala haemorhoid atau wasir pada tingkat dasar berupa darah yang menetes saat buang air besar hingga munculnya benjolan dari anus. Benjolan yang timbul tersebut bisa secara spontan masuk kembali ke dalam anus atau memerlukan bantuan tangan. Namun, ada kemungkinan juga bahwa benjolan tersebut tidak dapat kembali masuk dan memerlukan tindakan yang lebih invasif. Pada tahap lanjut, penanganan hemoroid mungkin memerlukan tindakan operasi. Selain itu, gejala lain yang dapat terjadi adalah rasa gatal tanpa disertai nyeri di sekitar anus (Budiman dalam Roehati, 2022).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Terdapat beberapa pemeriksaan diagnostik pada Haemorhoid menurut Soeseno *et al.*, (2021) yaitu antara lain:

a. Colok dubur

Pada pemeriksaan colok dubur, haemorhoid interna tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri jika derajat haemorhoid masih dalam tahap awal, tetapi pemeriksaan colok dubur diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rektum.

b. Sigmoidoskopi

Pasien dengan umur dibawah 50 tahun yang memiliki resiko rendah terkena haemorhoid, dapat dilakukan pemeriksaan fleksibel sigmoidoskopi yang terbukti sebagai pemeriksaan awal yang tepat.

c. Kolonoskopi

Kolonoskopi wajib dilakukan pada pasien yang lebih tua dan memiliki sejarah neoplasma kolorektal baik pribadi maupun keluarga, penyakit radang usus, perubahan kebiasaan buang air besar, penurunan berat badan yang signifikan baru-baru ini, dan pada pemeriksaan laboratorium ditemukan anemia defisiensi besi.

d. Anoskopi

Pemeriksaan dengan anoskopi diperlukan untuk melihat haemorhoid interna yang tidak menonjol keluar. Anoskop dimasukkan dan diputar untuk mengamati keempat kuadran. aemorhoid interna terlihat sebagai struktur vascular yang menonjol ke dalam lumen. Apabila penderita diminta mengejan sedikit, ukuran haemorhoid akan membesar dan penonjolan atau prolaps akan lebih nyata.

e. Proktosigmoidoskopi

Proktosigmoidoskopi perlu dikerjakan untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi.

f. Endosonografi anorektal

Endosonografi anorektal biasanya tidak dilakukan untuk diagnosis penyakit haemorhoid, tetapi dapat bermanfaat untuk menentukan apakah haemorhoid berhubungan dengan penebalan jaringan submukosa dan sfingter anal internal dan eksternal.

7. Komplikasi

Penyakit haemorhoid dapat menyebabkan beberapa komplikasi. Berbagai komplikasi yang ditimbulkan oleh haemorhoid menurut Kibret *et al.*, (2021) yaitu stenosis, perdarahan, infeksi, kekambuhan, luka yang tidak sembuh, dan pembentukan fistula. Retensi urin berkaitan langsung dengan teknik anestesi yang digunakan dan cairan perioperatif yang diberikan. Komplikasi serius yang dapat terjadi mencakup trombosis perianal dan prolaps haemorhoid internal yang tersumbat, yang dapat disertai dengan trombosis berikutnya.

8. Penatalaksanaan Medis

a. Menurut Lewis *et al.*, (2014), manajemen keperawatan pada pasien haemorhoid melibatkan beberapa langkah, yaitu:

1) Penggunaan krim dan salep topical

Krim atau supositoria bebas (over-the-counter/OTC), yang mengandung hidrokortison, dapat digunakan.

2) Kompres dingin

Penggunaan kompres dingin pada area yang terkena dapat membantu menurunkan pembengkakan. Selain itu,

kompres dingin juga dapat diterapkan pada tengkuk pasien setelah operasi untuk membantu mengurangi nyeri.

3) Mandi sitz menggunakan air hangat

Mandi sitz dengan menggunakan air hangat dapat meredakan gejala terbakar atau gatal pada area yang terkena haemorhoid.

4) Penggunaan analgesik

Beberapa obat penghilang rasa sakit, seperti aspirin, ibuprofen, dan asetaminofen, dapat membantu mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan yang disebabkan oleh haemorhoid.

5) Penggunaan anestesi topikal atau preparat steroid

Lidokain (xylocaine) atau krim steroid adalah contoh dari beberapa produk yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan gatal pada area yang terkena haemorhoid.

b. Menurut Sun dan Migaly (2016), beberapa prosedur bedah yang digunakan untuk menangani haemorhoid meliputi:

1) Staples Hemorrhoidopexy

Staples Hemorrhoidopexy merupakan prosedur di mana perangkat stapel digunakan untuk reseksi dan fiksasi jaringan haemorhoid internal ke dinding dubur. Garis staple ditempatkan di atas garis dentate, yang menghasilkan rasa

sakit yang lebih sedikit dibandingkan dengan haemorhoidektomi.

2) Doppler-guided Hemorrhoidal Artery Ligation

Prosedur ini melibatkan penggunaan Doppler probe untuk mengidentifikasi enam arteri utama dalam anal kanal. Arteri-arteri ini kemudian di ligasi dengan jahitan yang dapat diserap dan anoscope khusus, dan kemudian mukosa haemorrhoid dieksisi berlebihan.

3) Haemorhoidektomi

Haemorhoidektomi terdiri dari dua jenis utama: Ferguson, atau Haemorhoidektomi tertutup, dan Milligan-Morgan, atau Haemorhoidektomi terbuka. Haemorhoidektomi terbuka merupakan pembedahan untuk mengobati gangren akut yang parah haemorrhoid, di mana edema jaringan dan nekrosis menghalangi penutupan dari mukosa.

c. Non bedah

1) Perawatan Medis Konservatif

Modifikasi gaya hidup dan pola makan menjadi pilar utama dalam pengobatan medis konservatif penyakit Haemorrhoid. Secara khusus, modifikasi gaya hidup mencakup peningkatan asupan cairan oral, pengurangan konsumsi lemak, menghindari mengejan, dan menjalani olahraga secara teratur.

2) Rubber Band Ligation

Pasien ditempatkan dalam posisi jack knife atau lateral kiri, dan prosedur dilakukan melalui anoskop. Terdapat beberapa platform yang tersedia, namun, dua perangkat ligasi yang umum digunakan adalah McGivney ligator forsep dan ligator suction. Gelang karet kecil ditempatkan dengan rapat di sekitar dasar haemorhoid internal. Penempatan gelang tersebut setidaknya setengah sentimeter di atas garis dentate untuk menghindari penetrasi ke dalam jaringan yang terinervasi secara somatik.

3) Skleroterapi

Skleroterapi direkomendasikan untuk pasien dengan Haemorhoid internal derajat I dan II, dan mungkin menjadi opsi yang baik untuk pasien yang menggunakan antikoagulan. Seperti pada ligasi karet gelang, skleroterapi tidak memerlukan anestesi lokal. Proses dilakukan melalui anoskop, dimana haemorhoid internal disuntikkan dengan bahan sklerosan, biasanya solusi yang mengandung fenol dalam minyak sayur, ke dalam submukosa. Sklerosan ini kemudian menyebabkan fibrosis, fiksasi pada saluran anus, dan pada akhirnya menghilangkan jaringan Haemorhoid yang berlebihan.

4) Koagulasi Inframerah

Koagulasi inframerah melibatkan aplikasi langsung gelombang cahaya inframerah ke jaringan haemorrhoid dan dapat digunakan untuk haemorrhoid internal derajat I dan II. Prosedur ini dilakukan dengan menempatkan ujung aplikator koagulasi inframerah pada dasar haemorrhoid internal selama 2 detik, dengan melakukan tiga hingga lima perawatan per wasir. Dengan mengubah gelombang cahaya inframerah menjadi panas, aplikator ini menyebabkan nekrosis pada haemorrhoid, yang divisualisasikan sebagai mukosa yang pucat. Seiring waktu, bekas luka pada mukosa terjadi, menyebabkan retraksi mukosa haemorrhoid yang prolaps.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal yang penting dalam mendapatkan data dasar mengenai pasien yang terkait dengan kondisi klinis dan diagnosis pasien. Data yang diperoleh dari pengkajian digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan keperawatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif, akurat, dan sistematis, meliputi pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah.

Menurut Rahmawati (2021), pengkajian pada Haemorrhoid dimulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik, dan berakhir pada evaluasi diagnostik. Anamnesis yang diperlukan antara lain mengenai adanya riwayat

mengejan saat buang air besar, apakah pasien merasa sakit atau keluar perdarahan saat buang air besar, apakah sering merasa gatal pada anus, bengkak pada anus, bagaimana kronologi dari keluhan, riwayat pengobatan pasien, apakah pasien sudah pernah melakukan perawatan sebelumnya, riwayat operasi sebelumnya, dan riwayat penyakit sistemik seperti diabetes melitus, hipertensi, dan keluhan mengenai saat buang air besar. Dalam tahap anamnesis dan pemeriksaan fisik, perawat diharapkan memperoleh data yang relevan sesuai dengan kondisi klinis dan perkembangan penyakit. Perawat perlu mencatat kebiasaan diet, kebiasaan defekasi, jumlah aktivitas fisik, riwayat merokok, dan konsumsi alkohol (Wanda Annisa *et al.*, 2022).

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan hemoroid meliputi:

1. Data pasien

Meliputi: nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, dan nomor registrasi (Muttaqin, 2011).

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering muncul adalah nyeri, perdarahan pada anus dan benjolan di sekitar anus. Menurut Yamana (2018), Tanda gejala haemorhoid yaitu berupa perdarahan yang keluar dari bagian anus setelah defekasi, serta nyeri yang membuat rasa tidak nyaman saat beraktivitas, bengkak, gatal, prolaps. Menurut Ulandari *et al.*, (2023),

gejala klinis keluar darah pada anus merupakan gejala yang paling umum dikeluhkan oleh pasien haemorhoid.

3. Riwayat sekarang

Pasien mulai merasakan benjolan pada anus, adanya perdarahan saat defekasi, terasa gatal pada anus, kadang disertai diare maupun konstipasi (Mardalena, 2019).

4. Riwayat penyakit dahulu

Perawat menanyakan faktor predisposisi yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya dan riwayat diet rendah serat. Pasien pernah menderita penyakit haemorhoid sebelumnya, sembuh atau terulang kembali, dan pada pasien yang tidak mendapat tindakan pembedahan sehingga haemorhoid kembali kambuh (Mardalena, 2019).

5. Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial akan didapatkan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan, pengobatan dan rencana pembedahan. Menurut Mardalena (2019), kekhawatiran yang muncul dapat terjadi karena adanya nyeri hebat sehingga dapat meningkatkan perasaan sakit.

6. Pemeriksaan fisik B1-B6

1. Sistem Pernapasan: respirasi pasien dengan haemorhoid cenderung normal (16-24x/menit).

2. Sistem Kardiovaskuler: pada pasien haemorhoid yang memiliki perdarahan biasanya terdapat takikardi karena nyeri, kulit/membrane mukosa kering, konjungtiva anemis, akral bisa dingin, kulit cenderung pucat.
3. Sistem Persarafan: kelemahan dalam beraktivitas, tetapi ada yang tidak memiliki keluhan pada neurologi.
4. Sistem Perkemihan: pada pasien haemorhoid bisa tidak terdapat gangguan pada sistem perkemihan.
5. Sistem Pencernaan: tekstur feses bervariasi dari keras-berair (diare), defekasi berdarah, perdarahan per rectal, mual/muntah, penurunan berat badan, adanya lendir dan darah segar saat BAB.
6. Sistem Integumen dan Muskuloskeletal: kulit dan membrane mukosa kering cenderung, kelemahan tonus otot dan turgor kulit kurang elastis karena perdarahan terus menerus, merasa gatal pada daerah perianal. Tetapi pada beberapa orang, tidak mengalami masalah pada sistem muskuloskeletal.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan melalui anamnesis dan pengkajian yang dilakukan oleh perawat. Setiap diagnosa dibuat berdasarkan gejala klinis yang dirasakan oleh pasien maupun keluarga. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis oleh perawat terhadap respon atau pengalaman individu, keluarga, dan komunitas terkait masalah

kesehatan. Hal ini memudahkan dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang optimal sesuai dengan kondisi pasien.

Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul pada pasien dengan Haemorhoid menurut Smeltzer dalam Mardalena, (2019):

- 1) Nyeri berhubungan dengan iritasi, tekanan, dan sensitifitas pada area rektal atau anal sekunder akibat penyakit anorektal.

- 1) Definisi nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal, linu, ngilu, dan seterusnya dapat dianggap sebagai modalitas nyeri (Wati *et al.*, 2022).

- 2) Klasifikasi nyeri

- a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- b. Nyeri kronis

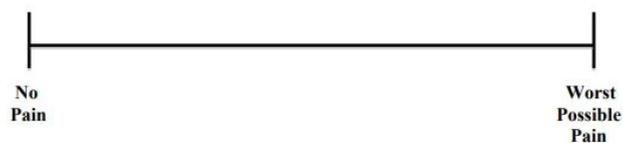
Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan

berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3) Pengukuran nyeri

1) Skala analog visual (VAS)

Skala Analog Visual (*Visual Analog Scale*) adalah suatu garis lurus atau horizontal sepanjang 10 cm yang mewakili intensitas nyeri secara kontinu, dengan deskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi tingkat keparahan nyeri yang dirasakan. VAS dianggap sebagai pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif, karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada skala, daripada dipaksa memilih satu kata atau angka tertentu (Potter *et al.*, 2017).



Gambar 2. 5 Skala Analog Visual

Sumber: Potter et al., 2017

2) Skala penilaian numerik (NRS)

Skala Penilaian Numerik (*Numerical Rating Scale*) sering digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata (Maryunani, 2014). Dalam skala ini, pasien menilai nyeri

mereka menggunakan skala dari 0 hingga 10, dengan penjelasan sebagai berikut:



Gambar 2. 6 Skala Penilaian Numerik

Sumber: Maryunani, 2014

Keterangan:

0: Tidak nyeri

1-3: Nyeri ringan (Pasien dapat berkomunikasi dengan baik)

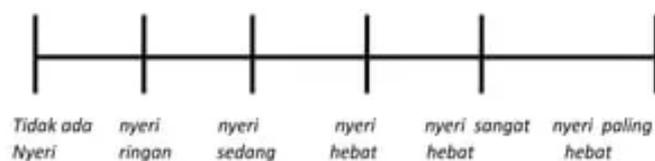
4-6: Nyeri sedang (Pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik)

7-9: Nyeri berat (Pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri tetapi tidak dapat mendeskripsikannya, dan tidak dapat diatasi dengan perubahan posisi, pernapasan dalam, atau distraksi)

10: Nyeri sangat berat (Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi dan mungkin memukul)

3) Skala verbal rating (VRS)

Skala verbal menggunakan kata-kata, bukan garis atau angka, untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa: tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang, dan nyeri berat. Reduksi nyeri dapat dinyatakan dengan kata-kata seperti: sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik, atau nyeri hilang sama sekali. Namun, skala verbal memiliki kekurangan, yaitu membatasi pilihan kata bagi klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri dengan baik (Yudiyanta *et al.*, 2015).



Gambar 2. 7 Skala Verbal Rating

Sumber: Yudiyanta *et al.*, 2015

4) Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Yudiyanta *et al.*, 2015).



Gambar 2. 8 Skala Wajah

Sumber: Yudiyanta *et al.*, 2015

2) Konstipasi berhubungan dengan pengabaian dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi.

a. Definisi konstipasi

Konstipasi merupakan gangguan pada pola eliminasi akibat adanya feses kering atau keras yang melewati usus besar. Konstipasi adalah bukan penyakit melainkan gejala yang dimana menurunnya frekuensi BAB disertai dengan pengeluaran feses yang sulit, keras dan mengejan. BAB yang keras dapat menyebabkan nyeri rektum. Kondisi ini terjadi karena feses berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air yang diserap. Perjalanan feses yang lama karena jumlah air yang diabsorpsi sangat kurang menyebabkan feses menjadi kering dan keras (Mubarak *et al.*, 2015).

b. Etiologi konstipasi

Menurut PPNI (2017), etiologi konstipasi adalah fisiologis yang terdiri dari penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan, ketidakcukupan diet,

ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, hingga terjadinya pengeluaran feses sulit hingga mengakibatkan konstipasi.

c. Pencegahan konstipasi

Beberapa pencegahan untuk mengatasi konstipasi menurut Nunung dan Khazanah, (2019), sebagai berikut:

1) Diet makan banyak serat dan konsumsi air

Serat akan memperlunak dan memperbesar masa feses. Serat banyak terkandung dalam sayuran, buah-buahan dan gandum. Batasi makanan yang tinggi lemak, makanan yang banyak mengandung gula dan makanan yang hanya mengandung sedikit serat seperti, es krim, keju, daging, dan makanan instan.

2) Olahraga

Olahraga yang teratur dapat menjaga sistem pencernaan tetap sehat dan aktif. Dukung pasien untuk berolahraga setiap hari.

3) Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu.

a. Definisi ansietas

Ansietas adalah suatu keadaan perasaan tidak nyaman yang bersifat samar-samar, sering kali dipicu oleh ketidaknyamanan atau rasa takut, dan umumnya disertai dengan respons yang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu. Perasaan takut dan

ketidakpastian dapat diidentifikasi sebagai 10 tanda peringatan yang membantu individu menyadari adanya potensi bahaya yang mungkin terjadi, serta meningkatkan motivasi individu untuk mengambil tindakan menghadapi ancaman yang ada (Yusuf, 2015).

b. Etiologi ansietas

Menurut PPNI (2017), etiologi ansietas adalah krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi.

c. Tingkat ansietas

Menurut Sutejo (2018) tingkat ansietas terbagi menjadi 4, yaitu:

1) Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sampai menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsinya. Kecemasan menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2) Ansietas sedang

Dapat membuat seseorang memusatkan perhatian pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang lebih selektif dan terarah.

3) Ansietas berat

Mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci.

4) Tingkat panik

Ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang serta kehilangan pemikiran rasional.

d. Skala HARS

Menurut Normah *et al.*, (2022), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) adalah alat yang digunakan untuk menilai tingkat kecemasan seseorang melalui berbagai aspek yang mencakup gejala psikis dan somatik. Skala ini memberikan penilaian komprehensif yang membantu dalam diagnosis dan penentuan tingkat keparahan kecemasan.

Skala HARS penilaian ansietas terdiri dari 14 item, yaitu: Item-item tersebut meliputi berbagai gejala dan perasaan yang bisa dialami seseorang dalam kondisi tertentu:

- a. Perasaan Cemas: termasuk perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
- b. Ketegangan: meliputi merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, lesu, tidak bisa istirahat dengan tenang, dan mudah terkejut.
- c. Ketakutan: melibatkan ketakutan terhadap gelap, orang asing, ditinggal sendiri, binatang besar, keramaian lalu lintas, dan kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan Tidur: termasuk sulit memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, sering bermimpi, mengalami mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
- e. Gangguan Kecerdasan: meliputi daya ingat yang buruk dan kesulitan berkonsentrasi.
- f. Perasaan Depresi: termasuk hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, merasa sedih, bangun dini hari, dan perasaan yang berubah-ubah sepanjang hari.
- g. Gejala Somatik: mencakup sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretuk, dan suara tidak stabil.
- h. Gejala Sensorik: termasuk tinnitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan seperti ditusuk-tusuk.

- i. Gejala Kardiovaskuler: mencakup berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala Pernapasan: meliputi rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, dan napas pendek atau sesak.
- k. Gejala Gastrointestinal: termasuk sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, dan susah buang air besar.
- l. Gejala Urogenital: meliputi sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenore, menorrhagia, frigiditas, ejakulasi prematur, ereksi lemah, dan impotensi.
- m. Gejala Otonom: termasuk mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu roma berdiri.
- n. Perilaku Selama Wawancara: mencakup gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah.

Penilaian kecemasan dilakukan dengan memberikan nilai pada gejala yang muncul sesuai dengan kategori berikut:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = satu gejala yang ada

2 = sedang/separuh gejala yang ada

3 = berat/lebih dari separuh gejala yang ada

4 = sangat berat, semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dilakukan dengan cara menjumlahkan skor dari 1 hingga 14 gejala yang ada, dengan hasil sebagai berikut:

Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan

Skor 14-20 = kecemasan ringan

Skor 21-27 = kecemasan sedang

Skor 28-41 = kecemasan berat

Skor 42-52 = kecemasan sangat berat

- 4) Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat

1. Definisi infeksi

Menurut World Health Organization (WHO), infeksi merupakan interaksi antara mikroorganisme patogen dan tubuh manusia yang menghasilkan penyakit. Infeksi bisa ditularkan melalui berbagai cara seperti kontak langsung, kontak tidak langsung, melalui udara, atau melalui vektor seperti nyamuk.

2. Tanda dan gejala infeksi

Menurut Kemenkes (2022), tanda gejala infeksi antara lain dolor (nyeri), calor (panas), rubor (kemerahan), tumor (bengkak).

F. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan, yang juga dikenal sebagai rencana keperawatan, merupakan serangkaian tindakan terapeutik yang diberikan oleh perawat sesuai dengan pengetahuan dan penilaian klinis. Intervensi ini bertujuan untuk mencapai kesembuhan, pencegahan, dan pemulihan baik pada individu, keluarga, maupun komunitas. Tindakan intervensi diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, dan disesuaikan dengan kondisi klien pada saat itu. Sistem intervensi menjelaskan kemampuan perawat dalam menetapkan solusi untuk penyelesaian masalah secara efektif dan efisien (Suwignjo *et al.*, 2022).

Berikut intervensi keperawatan menurut Smeltzer dalam Mardalena (2019) dari diagnosa keperawatan pada pasien dengan Haemorhoid yang sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	(D.0777) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Haemorhoid)	L.08066) Tingkat nyeri 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	(I.08238) Manajemen nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik:	Manajemen nyeri (Hidayat <i>et al.</i> , 2023), (Mayasari, 2019), (Ramar <i>et al.</i> , 2019) 1. Dilakukan untuk mengumpulkan data terkait nyeri yang dialami serta untuk mempertimbangkan penatalaksanaan lanjutan yang akan dilakukan. 2. Dengan mengidentifikasi skala nyeri, dapat mengetahui skala nyeri pasien 1-3 (<i>mild symptoms</i>), 4-6 (<i>moderate symptoms</i>), 7-10 (<i>severe symptoms</i>). 3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, sehingga pasien dapat meminimalisir hal yang membuat nyeri terasa.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>7. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>8. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi:</p> <p>9. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>10. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup ntuk mengetahui tingkat keparahan nyeri yang mempengaruhi aktivitas pasien.</p> <p>5. Monitoring terapi komplementer untuk mengevaluasi dan memutuskan terapi dilanjutkan atau dihentikan agar terapi yang dilakukan pada pasien lebih efektif.</p> <p>6. Dengan observasi setelah pemberian untuk menghindari terjadinya komplikasi penggunaan analgetic.</p> <p>7. Teknik non farmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien</p> <p>8. Pentingnya intervensi untuk mengurangi kebisingan, mengoptimalkan pencahayaan, dan mengkonsolidasikan interupsi yang diperlukan untuk pemantauan pasien sehingga dapat</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				<p>mempengaruhi kualitas tidur, suasana hati, dan kesehatan pasien.</p> <p>9. Teknik non farmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien.</p> <p>10. Strategi meredakan nyeri dengan melakukan teknik non farmakologis secara mandiri.</p> <p>11. Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah.</p>
2.	(D.0049) Konstipasi berhubungan dengan penyakit (Haemorhoid)	(L.04033) Eliminasi fekal 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik	(I.04155) Manajemen konstipasi Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, warna)	Manajemen konstipasi (Diaz <i>et al.</i> , 2023), (Mulyani <i>et al.</i> , 2019) 1. Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya 2. Peristaltik usus normal menentukan pergerakan usus yang baik. Normal peristal usus 5-30 x/menit.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			<p>3. Identifikasi faktor risiko konstipasi (obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)</p> <p>Terapeutik:</p> <p>4. Anjurkan diet tinggi serat</p> <p>5. Lakukan masase abdomen, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <p>6. Anjurkan peningkatan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>7. Kolaborasi penggunaan obat pencahar</p>	<p>3. Asupan serat yang kurang dan konsumsi cairan yang kurang pada orang dewasa dapat merupakan faktor resiko kejadian konstipasi.</p> <p>4. Fungsi dari serat makanan adalah merangsang aktivitas saluran usus untuk mengeluarkan feses secara teratur. Selain itu serat makanan di dalam feses dapat menyerap banyak air, sehingga membuat feses menjadi lunak atau mencegah konstipasi.</p> <p>5. Abdominal massage memberikan efektivitas yang signifikan dalam penurunan gejala konstipasi.</p> <p>6. Salah satu peran air adalah memperlancar fungsi pencernaan. Peran air di dalam tubuh sangat besar karena air membantu kerja organ-organ pencernaan di seperti usus besar.</p> <p>7. Pengobatan farmakologi pada konstipasi adalah dengan pemberian obat pencahar (laxatives).</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
3.	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	(L.09093) Tingkat ansietas 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	(I.09314) Reduksi ansietas Observasi: 1. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan Edukasi: 4. Latih teknik relaksasi Kolaborasi: 5. Kolaborasi pemberian obat antisietas	Reduksi ansietas (Florensa <i>et al.</i> , 2019) 1. Monitor tanda ansietas bertujuan untuk mengetahui tanda dan tingkat ansietas pada pasien. 2. Suasana terapeutik dapat mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan. 3. Orang yang berada di sekitar pasien dapat mendukung dan semangat pasien. 4. Teknik relaksasi adalah metode atau latihan yang digunakan untuk mengurangi ketegangan fisik dan mental, serta menurunkan tingkat kecemasan. 5. Obat-obatan yang mengatasi kecemasan merupakan golongan Benzodiazepin yang bekerja meningkatkan neurotransmitter pada otak bernama GABA, sehingga memutus impuls otak yang menimbulkan kecemasan atau panik.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
4.	(D.0142) Risiko infeksi dibuktikan dengan pertahanan tidak adekuat	(L.14137) Tingkat infeksi 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	(I.14539) Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (dolor, calor, tumor, rubor, fungtio laesa) Terapeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Berikan perawatan kulit apabila terdapat edema Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (dolor, calor, tumor, rubor, fungtio laesa) 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	Pencegahan infeksi (Baderudin <i>et al.</i> , 2019), (Fahmi, 2022), (Siswandono, 2019) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi merupakan deteksi awal untuk mengurangi risiko terjadinya infeksi. 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi. 3. Perawatan kulit sangat penting dalam mengurangi edema dan risiko silulitis. 4. Menambah pengetahuan mengenai tanda gejala infeksi dan segera melapor apabila merasakan tanda gejala infeksi. 5. Konsumsi cairan dalam jumlah cukup untuk mencegah infeksi. 6. Untuk meningkatkan sistem imun tubuh sehingga mencegah terjadinya infeksi.

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini meliputi: mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Suwignjo *et al.*, 2022).

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan haemorhoid meliputi beberapa tahapan yang dilakukan untuk mengetahui efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan. Berikut adalah beberapa langkah evaluasi keperawatan yang dapat dilakukan:

1. Pengkajian Data: Pengumpulan data yang komprehensif tentang kondisi pasien, termasuk riwayat medis, gejala, dan hasil pemeriksaan medis, diperlukan untuk mengetahui tingkat keparahan hemoroid dan respon pasien terhadap asuhan keperawatan.
2. Pengukuran Hasil: Pengukuran hasil asuhan keperawatan dilakukan dengan mengamati perubahan pada gejala pasien, seperti nyeri, konstipasi, dan gangguan fungsi usus. Data hasil ini digunakan untuk mengetahui apakah asuhan keperawatan yang diberikan efektif dalam mengurangi gejala dan memperbaiki kualitas hidup pasien.