

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. Konsep Perioperatif

A. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan total episode surgical dalam periode yang mencakup sebelum waktu pembedahan (pre operatif) prosedur actual pembedahan (intra operatif) dan periode setelah pembedahan (post operatif). (Suryanto, 2014)

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang diberikan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperative gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu: Pre operatif, intra operatif dan post operatif (Maryunani, 2014).

B. Peran Perawat

1. Fase Pre Operasi

Menurut Maryunani (2014) peran perawat pada fase pre operasi, antara lain:

- a. Perawat berperan aktif dalam mempersiapkan psikologis maupun fisiologis pasien
- b. Perawat memberikan penjelasan pada pasien mengenai teknik pengurangan stress atau cemas
- c. Perawat mengklarifikasi penjelasan dari dokter tentang metode dan tujuan mengenai pembedahan yang akan dilakukan.

2. Fase Intra Operasi

Menurut Maryunani (2015) peran perawat pada fase intra operasi antara lain:

- a. Pemeliharaan keselamatan
 - 1) Atur posisi pasien
 - a) Kesejajaran fungsional
 - b) Pemajanan area fungsional
 - c) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi
 - 2) Memasang alat grounding ke pasien
 - 3) Memberikan dukungan fisik
 - 4) Memastikan bahwa jumlah kassa, jarum dan instrument tepat

- b. Pemantauan Fisiologis
 - 1) Memperhitungkan efek dari hilangnya atau masuknya cairan secara berlebihan
 - 2) Membedakan data kardiopumonol yang normal dengan yang abnormal
 - 3) Melaporkan perubahan-perubahan pada nadi, pernapasan, suhu tubuh dan tekanan darah pasien
 - c. Dukungan Fisiologis (sebelum induksi dan jika pasien sadar)
 - 1) Memberikan dukungan emosional pada pasien
 - 2) Berdiri dekat dan menyentuh pasien selama prosedur dan induksi
 - 3) Terus mengkaji status emosional
 - 4) Mengkomunikasikan status emosional pasien ke anggota tim perawatan Kesehatan lain yang sesuai
 - d. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Memberikan keselamatan untuk pasien
 - 2) Mempertahankan lingkungan aseptik dan terkontrol
 - e. Secara efektif mengelola sumber daya manusia
3. Fase Post Operasi
- Menurut Muttaqin dan Sari (2009) perawat perawat pada fase post operasi, antara lain:
- a. Memantau dan merawat pasien sampai dengan benar-benar sadar dan pulih.
 - b. Perawat berperan mencegah terjadinya komplikasi dan memefasilitasi pemulihan setelah pembedahan

C. Tujuan

Menurut Maryunani (2014) tujuan dalam tindakan operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti, antara lain:

1. Bedah Diagnostik, untuk menentukan penyebab dari gejala
2. Bedah Kuratif atau ablatif, untuk pengangkatan bagian yang berpenyakit.
3. Bedah Restoratif, untu menguatkan area-area yang lemah dan memperbaiki deformitas.
4. Bedah Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multippek
5. Bedah Rekonstruktif atau Kosmetik, untuk memperbaiki penampilan.

6. Paliatif, untuk meringkankan gejala tanpa menyembuhkan penyakit, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah
7. Bedah Transplantasi, untuk penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi

D. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif terbagi atas beberapa tahap yang saling berkesinambungan, tahap tersebut terdiri dari tahap praoperatif, intraoperatif, dan pasca operatif. (Hipkabi, 2014)

1. Fase Pre Operatif

Fase perioperatif dimulai Ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi.

2. Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai Ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif.

3. Post Operatif

Post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang perawatan intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah.

II. Asuhan Keperawatan Perioperatif

A. Pre Operasi

1. Pengkajian

Pengkajian pre operasi menurut Mutaqin (2009) terdiri dari beberapa pengkajian diantaranya:

- a. Pengkajian umum meliputi: identitas pasien dan persetujuan operasi (informed consent).
- b. Riwayat kesehatan meliputi: penyakit yang pernah diderita (lama hemoroid dan jumlah sakit hemoroid), riwayat alergi, skala nyeri
- c. Psikososial meliputi: kecemasan, citra diri, pengetahuan, persepsi dan pemahaman terhadap hemoroid
- d. Pemeriksaan fisik meliputi: tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan head to toe (terutama pada bagian anus dan genitalia)

- e. Pengkajian diagnostic meliputi: pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan echocardiography dan pemeriksaan radiologi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien pre operasi, yaitu :

a. Konstipasi

1) Definisi

Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

2) Penyebab

a) Fisiologis

- (1) Penurunan motilitas gastrointestinal
- (2) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
- (3) Ketidakcukupan diet
- (4) Ketidakcukupan asupan serat
- (5) Ketidakcukupan asupan cairan
- (6) Aganglionik (mis. penyakit Hirschsprung)
- (7) Kelemahan otot abdomen

b) Psikologis

- (1) Konfusi
- (2) Depresi
- (3) Gangguan emosional

c) Situasional

- (1) Perubahan kebiasaan makan
- (2) Ketidakadekuatan toileting
- (3) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan
- (4) Penyalahgunaan laksatif
- (5) Efek agen farmakologis

- (6) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi
 - (7) Kebiasaan menahan dorongan defekasi
 - (8) Perubahan lingkungan
- 3) Tanda dan Gejala Mayor
- a) Subjektif
 - (1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
 - (2) Pengeluaran fases lama dan sulit
 - b) Objektif
 - (1) Feses keras
 - (2) Peristaltik usus menurun
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
 - (1) Mengejan saat defekasi
 - b) Objektif
 - (1) Distensi abdomen
 - (2) Kelemahan umum
 - (3) Teraba massa pada rektal

b. Ansietas

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

- a) Krisis situasional.
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi.
- c) Krisis maturasional.
- d) Ancaman terhadap konsep diri.
- e) Ancaman terhadap kematian.
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- g) Disfungsi sistem keluarga.
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

- j) Penyalahgunaan zat.
 - k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).
 - l) Kurang terpapar informasi.
- 3) Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 2.1 Tanda Dan Gejala Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> a) Merasa bingung b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi c) Sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> a) Tampak gelisah b) Tampak tegang c) Sulit tidur

- 4) Tanda dan Gejala Minor

Tabel 2.2 Tanda Dan Gejala Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
<ul style="list-style-type: none"> a) Mengeluh pusing b) Anoreksia c) Palpitasi d) Merasa tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> a) Frekuensi napas meningkat b) Frekuensi nadi meningkat c) Tekanan darah meningkat d) Diaforesis e) Tremor f) Muka tampak pucat g) Suara bergetar h) Kontak mata buruk i) Sering berkemih j) Orientasi pada masa lalu

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 yaitu :

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Konstipasi (D.0049)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol pengeluaran feses meningkat • Keluhan defekasi lama 	Manajemen Konstipasi (I.041550) <u>Observasi</u> <ul style="list-style-type: none"> 1) Periksa tanda dan gejala konstipasi 2) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi,bentuk,volume,warna) 3) Identifikasi factor risiko konstipasi (mis.obat-obatan, tirah baring,dan diet rendah serat) 4) Monitor tanda dan gejala rupture usus dan/atau peritonitis <u>Terapeutik</u> <ul style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan diet tinggi serat 2) Lakukan masase abdomen

	<p>dan sulit menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengejan saat defekasi menurun • Konstipasi feses membaik • Frekuensi defekasi membaik • Peristaltic usus membaik 	<p>3) Lakukan evaluasi feses secara manual 4) Berikan enema atau irigasi</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>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> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1) Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus 2) Kolaborasi penggunaan obat pencahar</p>
<p>Ansietas (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun (L.09093), dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perilaku gelisah menurun • Perilaku tegang menurun • Konsentrasi membaik • Kontak mata membaik • Frekuensi napas membaik • TD membaik • Frekuensi nadi membaik • Pucat menurun 	<p><u>Reduksi Ansietas (I.09314)</u></p> <p><u>Observasi</u></p> <p>5) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) 6) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 7) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>5) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 6) Temani Pasien untuk mengurangi kecemasan 7) Pahami situasi yang membuat ansietas 8) Dengarkan dengan penuh perhatian 9) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 10) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 11) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 12) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>5) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 6) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 7) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama Pasien 8) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 9) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

		<p>10) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>11) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>12) Latih tehnik relaksasi</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>3) Kolaborasi pemberian obat antiansietas</p> <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p><u>Observasi</u></p> <p>1) Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>3) Gunakan pakaian longgar</p> <p>4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis, relaksasi yang tersedia (mis. music, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>3) Anjurkan mengambil psosisi nyaman</p> <p>4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>5) Anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, pereganganm atau imajinasi terbimbing)</p>
--	--	--

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartolah, 2015).

5. Evaluasi

Berdasarkan SLKI (2018) evaluasi yang diharapkan pada diagnosa keperawatan konstipasi dan ansietas yaitu :

a. Konstipasi

- 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 3) Mengejan saat defekasi menurun
- 4) Konstipasi feses membaik
- 5) Frekuensi defekasi membaik
- 6) Peristaltic usus membaik

b. 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
- 7) Kontak mata membaik

B. Intra Operasi

1. Pengkajian

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2013).

Menurut Majid (2016) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi:

a. Pemantauan keseimbangan cairan

Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap imbalan cairan yang terjadi. Seperti dengan pemberian cairan infus.

b. Memantau kondisi kardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernapasan nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain.

c. Memantau perubahan tanda-tanda vital

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya. Biasanya pada fase intra operasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah. Infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut, atau obat-obatan yang digunakan.

d. Monitoring dan dukungan psikologis yang dilakukan sebelum induksi dan bila pasien sadar antara lain:

- 1) Memberikan dukungan emosional pada pasien
- 2) Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur induksi
- 3) Mengkaji status emosional pasien mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan jika ada perubahan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut Maryunani (2015) Diagnosa keperawatan yang muncul pada fase intra operasi, yaitu :

a. Resiko Perdarahan

1) Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (Terjadi hingga keluar tubuh)

2) Faktor Resiko

- a) Aneurisma.
- b) Gangguan gastrointestinal (misal ulkus, polip, varises).
- c) Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis).
- d) Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar).
- e) Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta).
- f) Gangguan koagulasi (misal trombositopenia),
- g) Efek agen farmakologis.
- h) Tindakan pembedahan.
- i) Trauma.
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pencegahan perdarahan.
- k) Proses keganasan.

b. Resiko Cidera

1) Definisi

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik

2) Penyebab

Eksternal

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksik
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidaknyamanan Transportasi

Internal

- a) Ketidaknormalan profil darah

- b) Perubahan orientasi afektif
- c) Perubahan sensasi
- d) Disfungsi autoimun
- e) Disfungsi biokimia
- f) Hipoksia jaringan
- g) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h) Malnutrisi
- i) Perubahan fungsi psikomotor
- j) Perubahan fungsi kognitif

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Resiko Cedera

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Risiko perdarahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka tingkat pendarahan menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kelembapan membrane mukosa meningkat - Kelembapan kulit meningkat - Hemoptisis menurun - Hematemesis menurun - Hemoglobin membaik - Hematokrit membaik - Tekanan darah membaik - Suhu tubuh membaik - Perdarahan anus menurun - perdarahan pasca operasi menurun 	<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 sesudah kehilangan darah 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4) Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu 3) Gunakan kasur pencegah dekubitus 4) Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

		3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja
Resiko cedera (D.0136)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat cedera menurun (L.14136) dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kejadian cedera menurun • Luka/lecet menurun • Perdarahan menurun • Fraktur menurun 	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan keselamatan 2) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hilangkan bahaya keselamatan, jika memungkinkan 2) Modifikasi lingkungan untuk minimalkan resiko 3) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan) 4) Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu terkunci dan pagar) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ajarkan individu, keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan <p>Pencegahan Cidera</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 2) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstermitas bawah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan pencahayaan yang memadai 2) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap 3) Sediakan alas kaki antislip 4) Sediakan urinal untuk eliminasi di dekat tempat tidur, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartolah, 2015).

5. Evaluasi

Berdasarkan SLKI (2018) hasil evaluasi yang diharapkan pada diagnosa keperawatan resiko perdarahan dan resiko cedera adalah, antara lain

- a. Resiko Perdarahan
 - 1) Kelembapan membrane mukosa meningkat
 - 2) Kelembapan kulit meningkat
 - 3) Hemoptisis menurun
 - 4) Hematemesis menurun
 - 5) Hemoglobin membaik
 - 6) Hematokrit membaik
 - 7) Tekanan darah membaik
 - 8) Suhu tubuh membaik
 - 9) Perdarahan anus menurun
 - 10) perdarahan pasca operasi menurun

- b. Resiko Cedera
 - 1) Kejadian cedera menurun
 - 2) Luka/lecet menurun
 - 3) Fraktur menurun
 - 4) Perdarahan menurun
 - 5) Gangguan mobilitas menurun

C. Post Operasi

1. Pengkajian

Pengkajian post operasi menurut Muttaqin (2009) dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian meliputi:

- a. Pengkajian jalan nafas
- b. Pengkajian sirkulasi
- c. Tingkat kesadaran
- d. Status vaskuler
- e. Perdarahan
- f. Suhu tubuh
- g. Saturasi oksigen.
- h. Nyeri
- i. Kondisi luka
- j. Cairan dan elektrolit

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Didalam perumusan diagnosa keperawatan pada fase post operasi di dasarkan pada SDKI (Standa Diagnosa Keperawatan Ionesiesia). Menurut Muttaqin dan Sari (2009) Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi, antara lain:

a. Nyeri akut

1) Definisi

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.

2) Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi
- c) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Tanda dan Gejala Mayor

Tabel 2.5 Tanda Dan Gejala Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	<ol style="list-style-type: none">a) Tampak meringisb) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)c) Gelisahd) Frekuensi nadi meningkate) Sulit tidur

4) Tanda dan Gejala Minor

Tabel 2.6 Tanda Dan Gejala Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	a) Tekanan darah meningkat b) Pola napas berubah c) Nafsu makan berubah d) Proses berpikir terganggu e) Menarik diri f) Berfokus pada diri sendiri g) Diaforesis

b. Gangguan Mobilitas Fisik

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif

- t) Keengganan melakukan pergerakan
 - u) Gangguan sensoripersepsi
- 3) Tanda dan gejala mayor

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif	Objektif
Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas	a) Kekuatan otot menurun b) Rentang gerak (ROM) menurun

- 4) Tanda dan gejala minor

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor Gangguan Mobilitas Fisik

Subjektif	Objektif
a) Nyeri saat bergerak b) Enggan melakukan pergerakan c) Merasa cemas saat bergerak	a) Sendi kaku b) Gerakan tidak terkoordinasi c) Gerakan terbatas d) Fisik lemah

3. Intervensi Keperawatan

Didalam penyusunan intervensi keperawatan pada fase post operasi didasarkan pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sesuai dengan diagnose keperawatan yang muncul, antara lain :

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Gelisah menurun • Frekuensi nadi membaik 	Manajemen Nyeri (I. 08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> a) Observasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon 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 penggunaan analgetic

	<ul style="list-style-type: none"> • Pola napas membaik 	<p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p> <p>Pemberian Analgetik (I.08243)</p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) Identifikasi riwayat alergi obat Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic Monitor efektifitas analgesik <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan <p><u>Edukasi</u> Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p>
--	--	---

		<p><u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p>
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobiltas fisik meningkat (L.05042), dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstermitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (rom) meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (1.05173) <u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <p>Dukungan Ambulasi (1.06171) <u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b) Anjurkan melakukan ambulasi dini c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
--	--	---

4. Implementasi dan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartonah, 2015).

5. Evaluasi

Berdasarkan SLKI (2018) hasil evaluasi yang diharapkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik, antara lain:

- a. Nyeri akut
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis menurun
 - 3) Sikat protektif menurun
 - 4) Gelisah menurun
 - 5) Kesulitan tidur menurun
 - 6) Frekuensi nadi membaik
- b. Gangguan mobilitas fisik
 - 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
 - 2) Kekuatan otot meningkat
 - 3) Renatang gerak (ROM) meningkat

III. Konsep Penyakit

A. Definisi Hemoroid

Hemoroid adalah pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena didaerah anus yang berasal dari vlexus hemorrhoids. Hemoroid adalah bagian vena yang berdilatasi didalam kanal anal (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

Hemoroid merupakan varises pada pleksus venosus hemoridalis superior atau inferior. Dilatasi dan pelebaran pleksus superior pada vena hemoridalis superior di

atas linea dentata akan menyebabkan hemoroid interna. Pelebaran pleksus pada vena hemoroidalis eksterna yang dapat menonjol keluar dari dalam rectum. (Hartono, 2017)

B. Etiologi Hemoroid

Penyebab terjadinya hemoroid menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari, (2010), antara lain:

1. Terlalu banyak duduk
2. Diare menahun/kronis
3. Kehamilan : disebabkan oleh karena perubahan hormone
4. Keturunan penderita hemoroid
5. Hubungan seks tidak lazim (perianal)
6. Penyakit yang membuat penderita mengejan
7. Sembelit/konstipasi/obstipasi menahun
8. Penekanan Kembali aliran darah vena
9. Melahirkan
10. Obesitas
11. Usia lanjut
12. Mengangkat beban berat
13. Tumor di absomen/usus proksimal

C. Manifestasi Hemoroid

Tanda dan gejala hemoroid menurut(Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) dan (Hartono, 2017), antara lain :

1. Rasa gatal dan nyeri
2. Perdarahan berwarna merah terang pada saat BAB
3. Pada hemoroid eksterna, sering timbul nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh thrombosis (pembekuan darah dalam hemoroid)
4. Prolapsus mukosa rekti akibat mengejan
5. Rasa tidak nyaman didaerah anus Ketika terjadi perdarahan.

D. Klasifikasi Hemoroid

Secara anoskopi hemeroid dapat dibagi atas hemoroid eksternal dan hemoroid internal (Diyono, 2013 dalam Novi 2021) antara lain :

1. Hemoroid eksternal

Pembesaran vena rektalis inferior yang terletak dibawah linea dinata dan ditutup epitel gepeng, anoderm serta kulit peranal. Ciri-ciri dari hemoroid eksternal yaitu: nyeri sekali akibat peradangan, edema akibat trombosis, nyeri yang semakin bertambah.

2. Hemoroid Internal

Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan media yang timbul diatas linea dinata dan dilapisi oleh mukosa. Menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) Hemoroid interna dibagi berdasarkan gambaran klinik, yaitu:

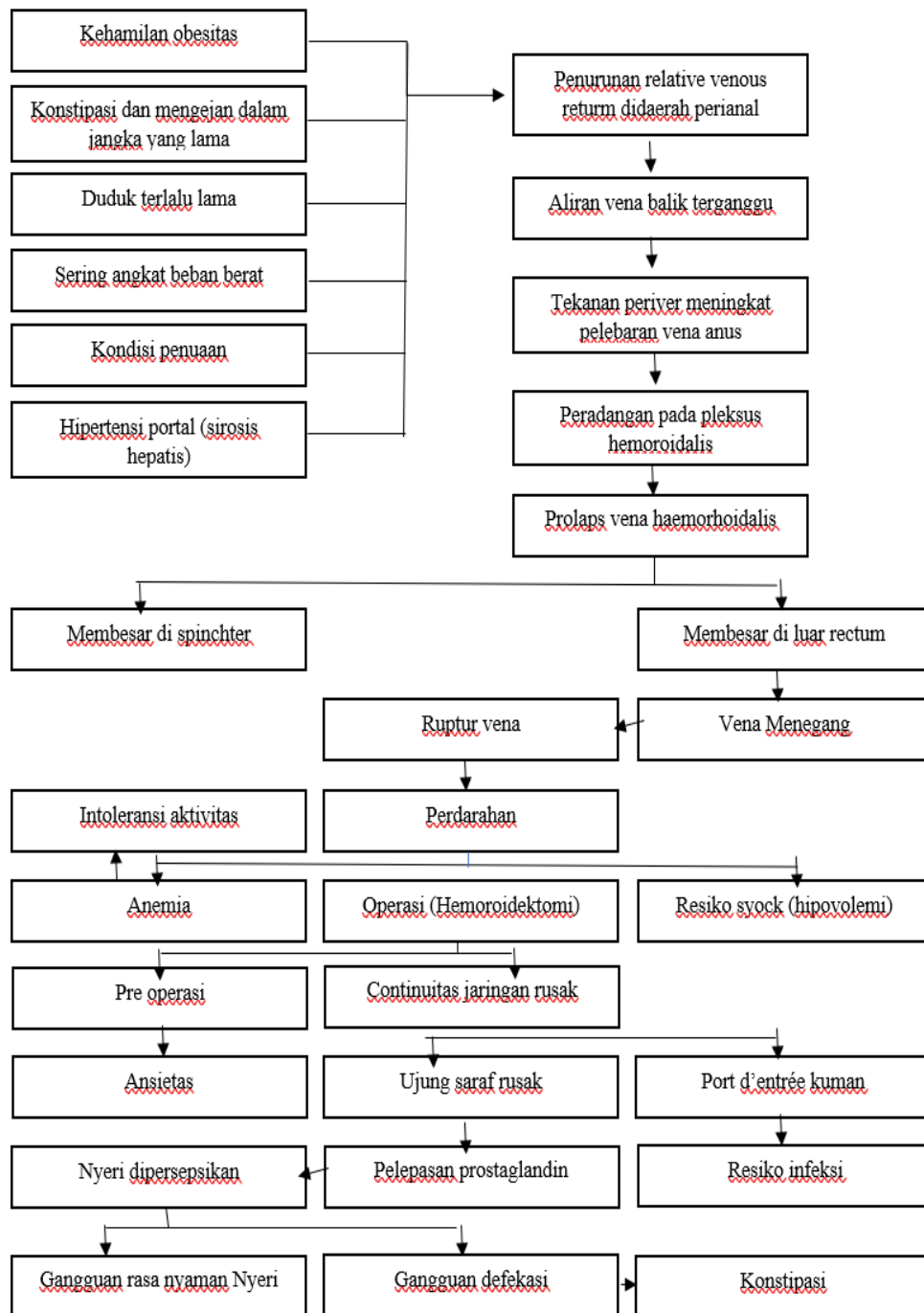
- a. Derajat I: bila terjadi pembesaran hemoroid yang tidak prolaps keluar kanal anus. Hanya dapat dilihat dengan anorektoskop
- b. Derajat II: pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan.
- c. Derajat III: pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi kedalam anus dengan bantuan dorongan jari.
- d. Derajat IV: prolaps hemoroid yang permanen, rentan, dan cenderung untuk mengalami trombosis atau infark

E. Komplikasi Hemoroid

Komplikasi hemoroid menurut (Hartono, 2017), antara lain:

2. Konstipasi
3. Infeksi local
4. Thrombosis pada hemoroid
5. Anemia skunder akibat perdarahan hebat atau rekuren (kekambuhan)

F. Pathway



Gambar 2.1 pathway hemoroid (Nanda, 2013)

G. Patofisiologi Hemoroid

Menurut (Hartono, 2017) hemoroid terjadi karena aktivitas yang meningkatkan tekanan intravena sehingga terjadi dilatasi dan penggelembungan vena. Factor predisposisinya meliputi duduk lama, mengejan saat defekasi, konstipasi, makanan

rendah serat, kehamilan, dan obesitas, faktor lain yang mengikuti penyakit hati, seperti serosis hepatitis, abses ameba, atau hepatitis, alkoholisme dan infeksi anorectal.

Hemoroid diklasifikasikan menjadi derajat pertama, kedua, ketiga dan keempat menurut intensitas atau berat tersebut. Hemoroid pertama hanya terbatas pada saluran anus. Hemoroid derajat kedua memperlihatkan prolaps pada saat mengejan, tetapi tonjolan hemoroid tersebut kemudian masuk Kembali secara spontan. Hemoroid derajat ketiga merupakan hemoroid yang mengalami prolaps setiap kali selesai defekasi dan harus dimasukkan Kembali secara manual. Hemoroid derajat keempat tidak bisa direposisi. Tanda dan gejala hemoroid bervariasi tergantung derajatnya.

H. Pemeriksaan Penunjang Hemoroid

Untuk menegakkan diagnosis untuk penyakit hemoroid diperlukan pemeriksaan penunjang untuk membantu untuk menyingkirkan kemungkinan dari diagnosis banding. Pada pemeriksaan colok dubur, hemoroid interna tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri jika derajat hemoroid masih dalam tahap awal, tetapi pemeriksaan colok dubur diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rektum (Sjamsuhidajat, 2016).

Pasien dengan umur dibawah 50 tahun yang memiliki resiko rendah terkena hemoroid, dapat dilakukan pemeriksaan fleksibel sigmoidoskopi yang terbukti sebagai pemeriksaan awal yang tepat (Trompetto dkk, 2015).

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 (Trompetto dkk, 2015).

Pemeriksaan dengan anoskopi diperlukan untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol keluar. Anoskop dimasukkan dan diputar untuk mengamati keempat kuadran. Hemoroid interna terlihat sebagai struktur vascular yang menonjol ke dalam lumen. Apabila penderita diminta mengejan sedikit, ukuran hemoroid akan membesar dan penonjolan atau prolaps akan lebih nyata (Sjamsuhidajat, 2016).

Proktosigmoidoskopi perlu dikerjakan untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi (Sjamsuhidajat, 2016).

Endosonografi anorektal biasanya tidak dilakukan untuk diagnosis penyakit hemoroid, tetapi dapat bermanfaat untuk menentukan apakah hemoroid berhubungan dengan penebalan jaringan submukosa dan sfingter anal internal dan eksternal (Trompetto dkk, 2015).

I. Penatalaksanaan Hemoroid

Menurut Hartono (2017) Penanganan hemoroid bergantung pada tipe intensitasnya, yaitu :

1. Diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan penggunaan preparate yang meningkatkan massa feses (*bulking agents*)
2. Mengindari duduk lama di kloset untuk mencegah kongesti
3. Obat anestasi local untuk mengurangi pembengkakan setempat dan rasa nyeri
4. Krim dan supositoria hidrokortison untuk mengurangi hemoroid yang mengalami edema serta prolaps
5. Berendam dalam air hangat (*sitz baths*) untuk meredakan rasa nyeri
6. Skleroterapi injeksi atau ligase dengan pita karet untuk mengurangi hemoroid yang mengalami prolaps
7. Hemoroidektomi dengan kauterisasi atau eksisi

J. Hemoroidektomi

1. Definisi

Hemoroidektomi adalah suatu tindakan pembedahan dan cara pengangkatan pleksus hemoroidalis dan mukosa atau tanpa mukosa yang hanya dilakukan pada jaringan yang benar-benar berlebih.

2. Indikasi Operasi

- a) Penderita dengan keluhan menahun dan hemoroid derajat III dan IV.
- b) Perdarahan berulang dan anemia yang tidaksembuh dengan terapi lain yang lebih sederhana.
- c) Hemoroid derajat IV dengan thrombus dan nyeri hebat

3. Kontra Indikasi Operasi

- a) Hemoroid derajat I dan II
- b) Penyakit Chron's
- c) Karsinoma rectum yang inoperable
- d) Wanita hamil
- e) Hipertensi portal

4. Pemeriksaan Penunjang

- a) Sigmoideskopi (proktosigmoideskopi)
- b) Foto barium kolon
- c) Kolonoskopi, bila terdapat indikasi.

5. Prinsip dan teknik dalam melakukan Operasi Hemoroid

- a) Prinsip dalam melakukan operasi hemoroid
 - 1) Pengangkatan pleksus dan mukosa
 - 2) Pengangkatan pleksus tanpa mukosa
- b) Teknik pengangkatan dapat dilakukan dengan 3 metode
 - 1) Metode Langen-beck (eksisi atau jahitan primer radier) Dimana semua sayatan ditempat keluar varises harus sejajar dengan sumbu memanjang dari rectum.
 - 2) Metode White head (eksisi atau jahitan primer longitudinal) Sayatan dilakukan sirkuler, sedikit jauh dari varises yang menonjol
 - 3) Metode Morgan-Milligan Semua primary piles diangkat

6. Komplikasi Operasi

- a) Inkontinensia
- b) Retensio urine
- c) Nyeri luka operasi
- d) Stenosisani
- e) Perdarahan fistula & abses
- f) Infeksi dan edema pada luka bekas sayatan yang dapat menyebabkan fibrosis

7. Perawatan Pasca Operasi

- a) Bila terjadi rasa nyeri yang hebat, bisa diberikan analgetika yang berat seperti petidin
- b) Obat pencahar ringan diberikan selama 2-3 hari pertama pasca operasi, untuk melunakkan faeses

8. Follow Up

Rendam duduk hangat dapat dilakukan setelah hari ke-2 (2 kali sehari), pemeriksaan colok dubur dilakukan pada hari ke-5 atau 6 pasca operasi. Diulang setiap minggu hingga minggu ke 3-4, untuk memastikan penyembuhan luka dan adanya spasme sfingter ani interna.

K. Masalah Keperawatan Yang lazim Muncul

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari, (2010) masalah keperawatan yang lazim muncul, antara lain :

1. Konstipasi b.d mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama defekasi
2. Ansietas b.d rencana pembedahan dan rasa malu
3. Nyeri b.d iritasi, tekanan dan sensitivitas pada area rektal/anal sekunder akibat penyakit anorectal dan spasme sfingeter post-operasi
4. Perubahan eliminasi urinarius b.d rasa takut nyeri post operasi
5. Resiko ketidakefektifan penatalaksanaan terapi

IV. Jurnal Terkait

penelitian yang dilakukan oleh Hidayat dan Febrianti (2019) yang berjudul pengaruh relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid di RUMAH SAKIT TK. II DR, AK. Gani Palembang, Dengan hasil analisis penelitian rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sebelum dilakukan relaksasi sebesar 8,13, rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sesudah dilakukan relaksasi sebesar 5,13. Ada pengaruh intensitas relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid di Rumah Sakit TK. II Dr. AK. Gani Palembang

Studi kasus yang dilakukan oleh Utami dan Sakitri (2020) yang berjudul pemberian kompres dingin terhadap penurunan nyeri pada pasien post hemoidektomi di RSUD Simo Boyolali, dengan hasil menunjukan bahwa tingkat nyeri pasien setelah dilakukan kompres dingin mengalami penurunan.

Penelitian yang dilakukan Seta dan Veronica (2015) yang berjudul gambaran histopatologi epitel transisional kolorektal pada pasien hemoroid, dengan hasil 0,34%. Hemoroid lebih banyak ditemukan pada laki-laki (64,95%) dan paling sering terjadi pada kelompok usia 39-46 tahun (27,84%). Karakteristik histopatologi berdasarkan tipe hemoroid yang paling banyak ditemukan dalam penelitian ini adalah hemoroid eksterna (49,49%), diikuti dengan hemoroid interna (26,80%), dan hemoroid campuran (23,71%).

Penelitian yang dilakukan oleh Fridolin dkk (2015) yang berjudul faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian hemoroid pada pasien di RSUD dr Soedarso Pontianak dengan hasil penelitian menunjukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat keluarga, riwayat konstipasi, konsumsi alkohol, lama duduk dengan kejadian hemoroid. Tidak ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik, Obesitas, posisi saat buang air besar.

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Rizka (2016) yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi dengan nyeri di Paviliun Mawar RSUD Jombang dengan Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada kedua pasien yang mempunyai diagnosa medis yang sama, didapatkan masalah prioritas nyeri saat pre dan post operasi hemoroid. Nyeri saat pre operasi terjadi karena pembengkakan pada vena di sekitar anus, dan nyeri saat post operasi terjadi karena kerusakan integritas kulit yang menyebabkan jaringan saraf terputus. Saat pre operasi terdapat perbedaan skala nyeri, pasien 1 skala nyeri 5 dan pasien 2 skala nyeri 4, hal itu terjadi karena faktor lamanya penyakit yang diderita kedua pasien dan pengalaman nyeri sebelumnya yang dialami pasien. Intervensi yang diberikan pada kedua pasien adalah mengontrol nyeri, memberikan terapi analgesik dan melakukan rendam duduk dengan larutan PK. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama di rumah sakit nyeri teratasi Sebagian.

Penelitian yang dilakukan oleh Berkanis dkk (2018), dengan judul pengaruh mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi di RSUD S.K. lerik Kupang, dengan hasil mobilisasi dini mempengaruhi intensitas nyeri pada pasien post operasi sehingga dapat digunakan sebagai salah satu tindakan keperawatan dalam mengatasi nyeri pasien post operasi.