

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori penyakit**

##### **1. Definisi**

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) *Hemoroid* adalah pelebaran dari pembuluh-pembuluh vena di dalam *pleksus hemoroidalis* (Muttaqin, 2011). Pelebaran pembuluh darah vena hemoroidalis mengakibatkan penonjolan membran mukosa yang melapisi daerah anus dan rectum (Nugroho,2011). *Hemoroid* sering terjadi pada orang dewasa usia 45-65 tahun ( Chong dkk.,2008).

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) Penyakit ini dibagi menjadi dua jenis, yang pertama adalah *hemoroid* interna atau *hemoroid* yang berasal dari bagian atas *sfincter anal* serta ditandai dengan perdarahan. Jenis *hemoroid* yang kedua adalah *hemoroid* eskterna yaitu *hemoroid* yang cukup besar, sehingga varises muncul keluar anus dan disertai nyeri (Broker, 2009).

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) Penyakit *hemoroid* ini di sebabkan beberapa faktor antara lain obstipasi (konstipasi atau sembelit) menahun, penyakit lain yang membuat penderita sering mengejan, penyempitan saluran kemih, melahirkan banyak anak, sering duduk, diare menahun dan bendungan pada rongga pinggul karena tumor rahim atau kehamilan ( Riyadi, 2010).

##### **2. Etiologi**

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) Etiologi *hemoroid* sampai saat ini belum diketahui pasti (Alba dan Abbas, 2007), tetapi ada beberapa faktor pendukung yang mungkin terlibat, antara lain adalah:

- a. Penuaan;
- b. Kehamilan;
- c. *Hereditas*;
- d. *Konstipasi* atau diare kronik ;
- e. BAB berlama-lama;
- f. Posisi tubuh, misal duduk dalam waktu yang lama.

Kondisi *hemoroid* biasanya tidak berhubungan dengan kondisi medis atau penyakit (Mutaqqin, 2011) namun ada beberapa predisposisi penting yang dapat meningkatkan risiko *hemoroid* antara lain :

- a. Perubahan hormone ( misalnya karena kehamilan);
- b. Mengejan secara berlebihan hingga menyebabkan kram;
- c. Berdiri atau duduk terlalu lama;
- d. Sering mrengangkat beban berat;
- e. Sembelit diare menahun (*obstipasi*);
- f. Konsumsi makanan yang bisa memicu pelebaran pembuluh vena (misalnya cabai, rempah-rempah);
- g. Genetik

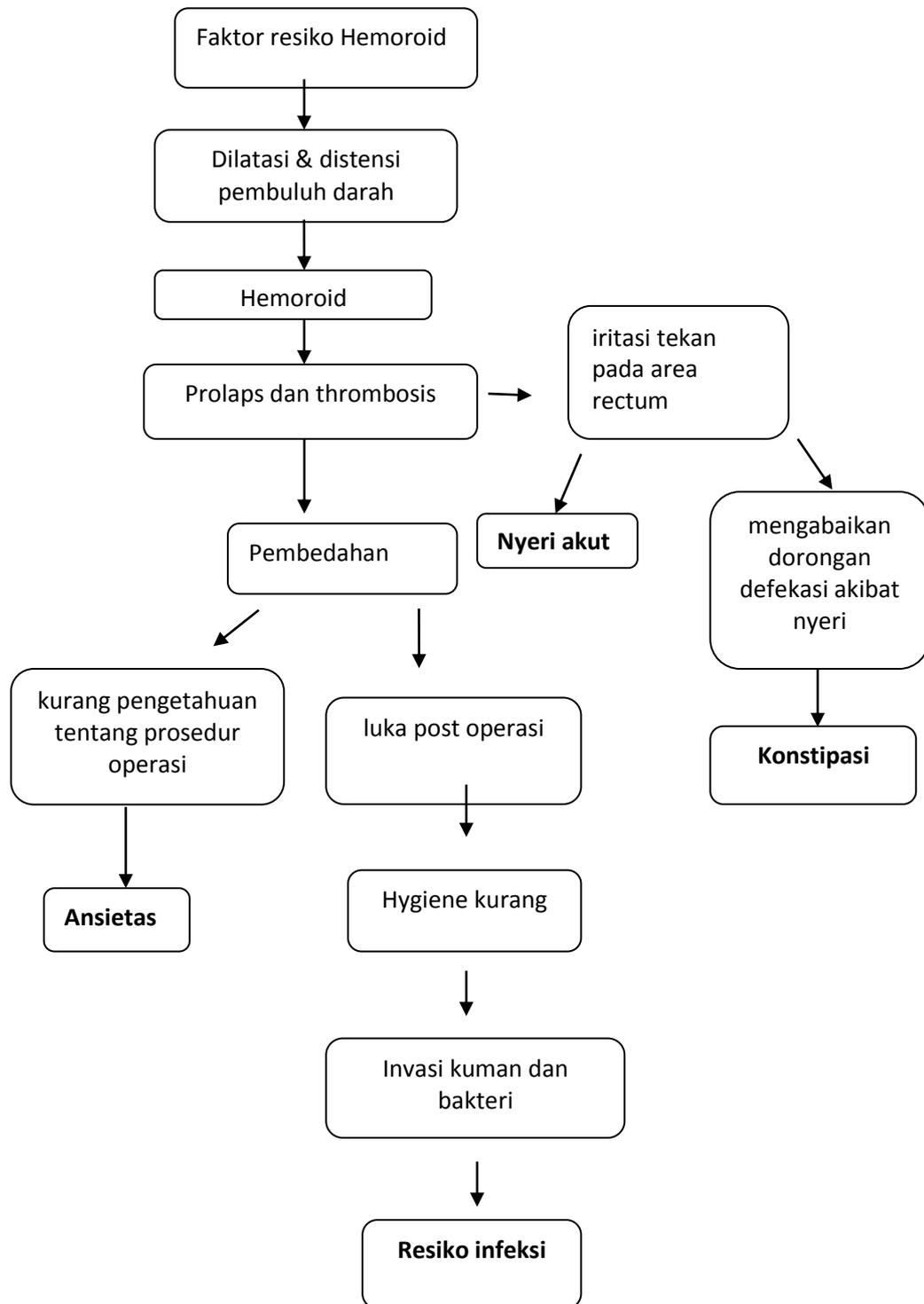
### 3. Fatofisiologi

Menurut Nugroho (2011) hemoroid dapat disebabkan oleh tekanan abdominal yang menekan vena hemoroidalis sehingga menyebabkan dilatasi tersebut dapat dibagi menjadi dua, yaitu :

- a. Interna (dilatasi sebelum *springter*)
  - 1) Bila membesar baru nyeri
  - 2) Bila vena pecah, BAB berdarah dan dapat menimbulkan anemia
- b. Eksterna (dilatasi sesudah *spingter*)
  - 1) Nyeri
  - 2) Bila vena pecah, BAB berdarah dan dapat menimbulkan pecah trombosit atau inflamasi

Gambar 2.1  
Pathway Hemoroid

(sumber: Kinta D'kurchachi, 2012)



#### 4. Manifestasi klinis

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018). Pasien *hemoroid* mungkin menunjukkan gejala seperti berikut (Lumenta, 2006)

##### a. Perdarahan

Keluhan paling sering timbul pertama kali umumnya adalah menetesnya darah berwarna merah segar setelah buang air besar (BAB). Keluarnya darah ini biasanya tanpa disertai nyeri dan gatal di anus. Perdarahan dapat juga timbul diluar waktu BAB, misalnya pada penderita lanjut usia.

##### b. Benjolan

Benjolan muncul pada anus. Benjolan ini dapat menciut/ tereduksi spontan atau manual, di mana ini merupakan karakteristik *hemoroid*.

##### c. Nyeri dan rasa tidak nyaman

Rasa nyeri dan tidak nyaman akan timbul jika ada komplikasi thrombosis (sumbatan komponen darah di bawah anus), benjolan keluar anus, *polip rectum*, dan *skin tag*.

##### d. Basah, gatal dan kurangnya hygenitas anus

*Hemoroid* interna umumnya menunjukkan tanda pengeluaran cairan dari selaput linder anus dan disertai perdarahan. situasi ini dapat sedikit memalukan karena membuat pakaian menjadi basah. Rasa basah dan gatal tersebut mungkin dapat menyebabkan pembengkakan kulit.

#### 5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dalam *rectal*, secara digital dan dengan *anoskopi*, pada pemeriksaan *rectal* secara digital mungkin tidak ditemukan apa-apa bila masih stadium awal. Pemeriksaan *anoskopi* dilakukan untuk melihat *hemoroid* interna yang tidak mengalami penonjolan.

#### 6. Penatalaksanaan medis

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) Penatalaksanaan *hemoroid* tergantung pada macam dan derajat hemoroidnya.

a. *Hemoroid* eksternal

*Hemoroid* eksternal yang mengalami thrombosis tampak sebagai benjolan yang menimbulkan rasa nyeri pada *anal verge*. Jika pasien membaik dan hanya mengeluh nyeri ringan, pemberian analgesic, rendan duduk, dan pelunak feces sudah cukup, akan tetapi jika pasien mengeluh nyeri parah, maka eksisi dibawah anestesi local dianjurkan. Pengobatan secara bedah menawarkan penyembuhan yang cepat, efektif dan hanya memerlukan beberapa menit.

b. *Hemoroid* Internal

*Hemoroid* internal diterapi sesuai dengan derajatnya, akan tetapi *hemoroid* eksternal harus internal harus mendapat tindakan pembedahan. Indikasi konservatif untuk derajat 1-2 adalah <6 jam, dan belum terbentuk thrombus. Indikasi operatif untuk derajat 3-4 adalah perdarahan dan nyeri.

c. *Hemoroid* derajat I dan II

Kebanyakan pasien *hemoroid* derajat I dan II dapat ditolong dengan tindakan local sederhana disertai nasehat tentang pola makan. Makanan sebaiknya terdiri atas makanan berserat tinggi, misalnya sayuran dan buah-buahan. Makanan berserat tinggi ini membuat gumpalan isi usus menjadi besar namun lunak, sehingga mempermudah defekasi dan mengurangi keharusan mengejan secara berlebihan.

d. *Hemoroid* Derajat III dan IV

Pengobatan dengan krioterapi pada derajat III dilakukan jika diputuskan tidak perlu dilakukan *hemoroidektomi*. Pengobatan dengan cryosugery (bedah beku) dilakukan pada *hemoroid* yang menonjol, dibekukan dengan CO<sub>2</sub> atau NO<sub>2</sub> sehingga mengalami nekrosis dan akhirnya fibrosis. Pengobatan ini jarang dipakai secara luas karena mukosa yang dibekukan (nekrosis) sukar ditentukan luasnya cara lain adalah dengan *hemoroidektomi*. Pengobatan ini dilakukan pada pasien yang mengalami *hemoroid* yang menahun san mengalami prolapsus besar (derajat III dan IV). Ada tiga prinsip dalam melakukan *hemoroidektomi* yaitu pengangkatan pleksus dan mukosa, pengangkatan pleksus tanpa mukosa, dan pengangkatan mukosa tanpa pleksus.

Penatalaksanaan medis ([www.fkuii.org](http://www.fkuii.org),2006)

1) Farmakologis

- a) Pemberian obat untuk melunakkan feses/ psillum dapat mengurangi sembelit dan kecendrungan mengejan terlalu keras saat defekasi, dengan demikian risiko terkena *hemoroid* berkurang.
- b) Pemberian obat untuk mengurangi/ menghilangkan keluhan rasa sakit, gatal dan kerusakan pada daerah anus. Obat ini tersedia dalam dua bentuk, yaitu dalam supositoria untuk *hemoroid* internal, dan dalam bentuk krim / salep untuk *hemoroid* eksternal.
- c) Pemberian obat untuk menghentikan perdarahan. Obat yang umum digunakan adalah campuran *diosmin* ( 90%) dan *hisperidin* ( 10%).

2) Non farmakologis

a) Perbaiki pola diet.

Pasien disarankan untuk memperbanyak konsumsi makanan berserat tinggi seperti (buah dan sayuran) sebanyak kurang lebih 30 gram/hari. Serat selulosa yang tidak dapat diserap selama proses pencernaan makanan dapat merangsang gerak usus agar lebih lancar. Selain itu, serat selulosa dapat menyimpan air sehingga bisa melunakkan feses. Pasien juga disarankan mengurangi jenis makanan yang terlalu pedas atau terlalu asam serta menghindari makanan yang sulit dicerna oleh usus. Pastikan pasien tidak mengonsumsi alkohol, kopi, dan minuman bersoda, anjurkan untuk minum banyak air putih 30-40 cc/kg BB/hari.

b) Perbaiki pola buang air besar

Bila mungkin, pasien diminta mengganti kloset jongkok menjadi kloset duduk. Ini karena berjongkok terlalu lama dapat membuat otot panggul tertekan ke bawah sehingga menghimpit pembuluh darah.

c) Perbaiki kebersihan anus

Pasien hemoroid dianjurkan untuk menjaga kebersihan local daerah anus dengan cara merendam anus dalam air selama 10-15 menit tiga kali sehari. Selain itu sarankan pasien untuk tidak terlalu banyak duduk atau tidur, anjurkan agar lebih baik banyak berjalan.

### 3) Tindakan Minimal Invasif

Dilakukan jika pengobatan farmakologi dan non farmakologi tidak berhasil, tindakan yang dapat dilakukan diantaranya adalah :

- 1) *Skleroskopi hemoroid*, dilakukan dengan cara menyuntikkan obat langsung kepada benjolan / *prolaps hemoroid*.
- 2) *Ligasi pita karet*, dilakukan dengan cara mengikat *hemoroid*. *Prolaps* akan menjadi layu dan putus tanpa rasa sakit.
- 3) Penyinaran sinar laser
- 4) Penyinaran sinar infrared
- 5) *Elektrokoagulasi*
- 6) *Hemoroideolosis*

### 4) Pembedahan

Terapi bedah dilakukan pada pasien *hemoroid* derajat III dan IV dengan penyulit *prolaps*, *thrombosis*, atau *hemoroid* yang besar dengan pendarahan berulang. Pilihan pembedahan adalah *hemoroidektomi* secara terbuka, secara tertutup, atau secara sub mukosa. Bila terjadi komplikasi perdarahan, dapat diberikan obat hemostatik seperti asam traneksamat yang terbukti secara efektif menghentikan perdarahan dan mencegah perdarahan ulang.

## 7. Komplikasi

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018) Komplikasi *hemoroid* yang paling sering terjadi , yaitu :

- 1) Perdarahan, dapat sampai anemia. Perdarahan juga dapat terjadi pada *carcinoma kolorektal*, *diverticulitis*, *colitis ulserosa* dan *polip adenomatosa*.
- 2) Trombosis (pembekuan darah dalam *hemoroid*)
- 3) *Hemoroidal strangulasi*, yakni *hemoroid prolaps* dimana suplai darah di halangi oleh *sfincter ani*.
- 4) Luka dan infeksi
- 5) Benjolan pada *anorektal* dan *prolaps rekti (procidentia)*

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Menurut Abraham Maslow, manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses *Homeostatis*. Baik psikologis maupun fisiologis, karena kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting. Abraham Maslow mengembangkan lima kebutuhan dasar diantaranya yaitu pada tingkat pertama kebutuhan Fisiologis, seperti kebutuhan oksigen, makanan, cairan dan elektrolit. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keselamatan dan rasa aman, termasuk keamanan fisik dan psikologis. Tingkat ketiga berisi kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki, termasuk hubungan pertemanan, sosial dan cinta. Tingkat keempat yaitu kebutuhan harga diri termasuk juga kepercayaan diri, penghargaan dan nilai diri. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan aktualisasi diri yang meliputi keadaan pencapaian potensi dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan lingkungan ( Mubarak & Chayatin, 2008).

Pada kasus post operasi kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan rasa aman tepatnya kebutuhan bebas dari rasa nyeri. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis (Mubarak & Chayatin, 2008).

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan seperti perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarak & Chayatin, 2008).

Fisiologis nyeri yaitu bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya di mengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat masa nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus.

Secara umum bentuk nyeri terbagi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis sebagai berikut :

### **a. Nyeri akut.**

Nyeri ini biasanya tidak berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejalanya mendadak, dan biasanya penyebab dan lokasi nyerinya sudah diketahui. Nyeri

akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

b. Nyeri kronis.

Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu, pengindaran nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita mudah tersinggung dan sering mengalami insomnia. Nyeri kronis biasanya hilang timbul dalam periode waktu tertentu.

Dalam mengembangkan alat ukur nyeri dengan skala longitudinal yang ada pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kondisi nyeri paling hebat) (Mubarak & Chayatin, 2008 : 212).

Konsep dasar nyeri yaitu merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Hidayat & Musrifatul, 2013).

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antaranya sebagai berikut :

- a. Arti nyeri. Arti nyeri bagi sebagian orang memiliki perbedaan dan hampir disebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.
- b. Persepsi nyeri. Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulus.
- c. Toleransi nyeri. Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan

sebagainya. Sementara faktor yang menurunkan toleransi antara lain, kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit dan lain-lain.

- d. Reaksi terhadap nyeri. Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masalalu, nilai budaya, harapan sosial, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

### **C. Proses Keperawatan**

Pada dasarnya proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Kegiatan dalam proses keperawatan dirancang langkah demi langkah dengan urutan yang khusus dengan menggunakan pendekatan ilmiah, serta berfokus pada respon manusia agar memperoleh pengertian yang relevan dengan status kesehatan klien. Proses keperawatan merupakan lima tahap proses yang konsisten, sesuai dengan perkembangan profesi keperawatan (Setiadi, 2012).

#### **1. Pengkajian keperawatan**

Dikutip dari buku Ida Mardalena (2018), pengkajian yang dilakukan pada klien dengan *post op hemoroid* adalah :

- a. Data Pasien
- b. Keluhan utama. Pasien datang dengan keluhan perdarahan terus menerus saat BAB, dan juga ada benjolan pada anus atau nyeri pada saat defekasi.
- c. Riwayat penyakit sekarang. Pasien mulai merasakan benjolan keluar dari anus, Pada awalnya hanya ada benjolan yang keluar, dan beberapa hari kemudian ada perdarahan setelah BAB.
- d. Riwayat penyakit dahulu. Pasien pernah menderita penyakit *hemoroid* sebelumnya, sembuh atau terulang kembali, dan pada pasien yang tidak mendapat tindakan pembedahan sehingga *hemoroid* kembali kambuh.
- e. Pemeriksaan fisik. Pasien dibaringkan dengan posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan menempel pada tempat tidur.

f. Inspeksi.

- 1) Pada inspeksi, perhatikan jika ada benjolan sekitar anus.
- 2) Benjolan akan terlihat pada saat *polapsi*
- 3) Warna benjolan terlihat kemerahan
- 4) Benjolan terletak di dalam ( internal)

g. Palpasi

Palpasi atau *rectal toucher* dilakukan dengan menggunakan sarung tangan steril di tambah *vaselin*. Perawat memasukkan satu jari kedalam anus untuk mencari benjolan berkonsistensi keras, dan juga kemungkinan perdarahan.

h. Pemeriksaan Diagnostik dilakukan antara lain ( Reeves, 1999) :

- 1) Pemeriksaan colok dubur
- 2) *Anorektoskopi* ( untuk melihat kelainan anus dan rectum )
- 3) Pemeriksaan rectal dan palpasi digital
- 4) *Proctoskopi* atau *colonoscopy* ( untuk menunjukkan hemoroid internal)

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan iritasi , tekanan, dan sensitifitas pada rectal atau anal sekunder akibat penyakit *anorektal*
- b. Konstipasi berhubungan dengan pengabaian dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi
- c. Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu
- d. Resiko terhadap Infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat

## 3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1

## Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	<p><b>Nyeri Akut</b></p> <p><b>Definisi :</b> 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 tiga bulan.</p> <p><b>Penyebab :</b> Agen pencedera fisiologis, agen pencedera</p>	<p><b>Kontrol Nyeri (1605)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5)</li> <li>2. Menggambarkan faktor penyebab (5)</li> <li>3. Menggunakan tindakan pencegahan (5)</li> <li>4. Menggunakan tindakan pencegahan (nyeri) tanpa analgesik (5)</li> <li>5. Melaporkan nyeri yang terkontrol (5)</li> </ol> <p><b>Tingkat Nyeri (2102)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri yang dilaporkan (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (1400)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, frekuensi, kualitas, dan faktor pencetus.</li> <li>2. Ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri</li> <li>3. Anjurkan untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri dengan tepat</li> <li>4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>kimiawi, agen pencedera fisik.</p> <p><b>Tanda mayor</b> : Mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.</p> <p><b>Tanda minor</b> : Pola nafas berubah, nafsu makan menurun, diaforesis, berfokus pada Diri</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengerang dan menangis (5)</li> <li>3. Ekpresi nyeri wajah (5)</li> <li>4. Frekuensi nafas (5)</li> <li>5. Denyut nadi (5)</li> <li>6. Tekanan darah (5)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ajurkan istirahat/ tidur untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik (2210)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek perintah pengobatan</li> <li>2. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah memberikan analgesic.</li> <li>3. Berikan analgesic sesuai tambahan</li> </ol>
2	<p>Konstipasi</p> <p><b>Definisi</b> : Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feeses dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak</p> <p><b>Penyebab</b> : Penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat,</p>	<p><b>Eliminasi fekal (L.04033)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan defekasi lama dan sulit (5)</li> <li>2. mencejan saat defekasi (5)</li> <li>3. kram abdomen (5)</li> <li>4. peristaltic usus (5)</li> <li>5. konsistensi feses (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen saluran cerna ( 0430)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat tanggal buang air besar terakhir</li> <li>2. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume, dan warna, dengan cara yang tepat</li> <li>3. Monitor bising usus</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>ketidakcukupan asupan cairan, Aganglionik, Kelemahan otot abdomen</p> <p><b>Tanda Mayor</b> : Defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, mengejan saat defekasi</p> <p><b>Tanda Minor</b>: Feses keras, peristaltic usus menurun, Distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ajarkan pasien mengenai makanan-makanan tertentu yang membantu mendukung keteraturan ( aktivitas) usus</li> <li>5. Instruksikan pasien mengenai makanan tinggin serat, dengan cara yang tepat</li> <li>6. berikan cairan hangat setelah makan, dengan cara yang tepat</li> </ol> <p><b>Manajemen Konstipasi (0450)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala konstipasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor (misalnya, pengobatan, tirah baring dan diet) yang menyebabkan atau berkontribusi</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>3. Identifikasi faktor-faktor (misalnya, pengobatan, tirah baring dan diet) yang menyebabkan atau berkontribusi pada terjadinya komstipasi</p> <p>4. Dukung peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontra indikasi</p>
3	<p>Ansietas</p> <p><b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan indivisu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p><b>Penyebab:</b> Krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis</p>	<p><b>Tingkat kecemasan (1211)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan gelisah (5)</li> <li>2. Wajah tegang (5)</li> <li>3. rasa takut yang disampaikan secara lisan (5)</li> <li>4. rasa cemas yang disampaikan secara lisan (5)</li> <li>5. berkeringat dingin (5)</li> <li>6. Gangguan tidur (5)</li> </ol>	<p><b>Pengurangan kecemasan ( 5820)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>2. Jelaskan semua prosedur termasuk sensai yang dirasakan yang mungkin akan dialami klien selama prosedur(dilakukan)</li> <li>3. Berikan informasi factual terkait diagnisos, perawatan dan</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawtarian mengalami kegagalan, kurang terpapar informasi</p> <p><b>Tanda Mayor</b> : Mersa bingung, merasa dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, Palpitasi, merasa tidak berdaya</p> <p><b>Tanda Minor</b> : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, Frekuensi nafas meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.</p>		<p>prognosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berada di sisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan</li> <li>5. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat</li> <li>6. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7. kaji untuk tanda verbal dan non verbal</li> </ol> <p><b>Peningkatan Koping ( 5230)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang tenang dan memberikan jaminan</li> <li>2. Sediakan informasi actual mengenai diagnosis, penanganan, dan prognosis</li> </ol>

1	2	3	4
			3. Dukung penggunaan sumber-sumber spiritual , jika diinginkan
4	<p>Resiko infeksi</p> <p><b>Definisi</b> : Beresiko mengalami peningkatan terserang organism patogenik</p> <p><b>Faktor resiko</b> : Penyakit kronis, efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan tubuh sekunder.</p>	<p><b>Keparahan Infeksi ( 0703)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan (5)</li> <li>2. Cairan (luka) yang berbau busuk (5)</li> <li>3. Demam (5)</li> <li>4. Hilang nafsu makan (5)</li> </ol>	<p><b>Kontrol infeksi (6540)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung Anjurkan pasien mengenai tehnik</li> <li>3. mencuci tangan dengan tepat</li> <li>4. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saa memasuki dan Meninggalkan pasien</li> <li>5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien</li> <li>6. Pakai sarung tangan sebagaimana dianjurkan oleh kebijakan</li> </ol>

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"><li>7. pencegahan universal</li><li>8. Pastikan tehnik perawatan luka yang tepat</li><li>9. Berikan terapi antibiotic yang sesuai</li><li>10. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan</li></ol> <p><b>Perlindungan Infeksi ( 6550)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local</li><li>2. Monitor kerentanan terhadap infeksi</li></ol>

1	2	3	4
			<ol style="list-style-type: none"><li>3. Anjurkan asupan cairan , dengan tepat</li><li>4. Anjurkan istirahat</li><li>5. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi</li></ol>