

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Konsep Perioperatif**

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

Keperawatan perioperatif adalah tindakan perawatan yang dilakukan perawat saat di ruang operasi dan berfokus pada proses pembedahan yang dimulai dari persiapan sebelum dilakukan pembedahan sampai dengan proses perawatan pasca pembedahan atau lebih diketahui sebagai tahapan preoperatif, intraoperatif dan pascaoperatif (Nurhayati & Raya, 2021). Keperawatan perioperatif adalah praktik keperawatan yang akan dilakukan secara berkesinambungan sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, dan berakhir di ruang rawat post operasi. Hal ini dilakukan tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Maryunani, 2015)

#### **2. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif**

##### **a. Preoperatif**

Tahap sebelum pembedahan diruang operasi dikenal dengan tahap preoperatif. Preoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk dilakukan operasi hingga sampai ke meja pembedahan. Asuhan keperawatan preoperative pada praktiknya dilakukan dengan berkesinambungan, baik asuhan keperawatan preoperative di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*) atau unit gawat darurat (Muttaqin & Sari, 2020).

Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat bedah diantaranya informed consent yang telah ditanda tangani oleh pasien setelah diberikan penjelasan mengenai prosedur pembedahan, kondisi psikologis pasien yang akan menjalani proses pembedahan, diagnosis dan tindakan operasi yang akan dilakukan, pemeriksaan penunjang, status hemodinamik pasien sebelum operasi, dan hasil pengkajian lainnya terhadap pasien atau keluarga (Nurhayati & Raya, 2021).

##### **b. Intraoperatif**

Tahap intraoperatif merupakan tahap proses pembedahan. Tahap ini

dimulai sejak pasien dipindahkan ke meja operasi. Perawat bedah pada tahap ini sudah mempersiapkan instrumen bedah yang akan digunakan untuk proses pembedahan. Pada tahap intraoperatif, perawat melakukan monitor terhadap kondisi pasien yang bertujuan memastikan keselamatan pasien, mencegah terjadinya infeksi, dan memonitor terhadap kondisi fisiologi selama tindakan anestesi dan intervensi pembedahan yang dilakukan (Nurhayati & Raya, 2021)

c. Pascaoperatif

Tahap pascaoperatif dimulai sejak pasien selesai menjalani pembedahan dan dipindahkan ke ruang *recovery room* atau *post anesthesia care unit*. Perawat bedah memiliki peranan dalam hal mengevaluasi efek dari anestesi yang diberikan terhadap pasien, monitor fungsi organ vital pasien, dan mencegah komplikasi yang terjadi pasca pembedahan (HIPKABI, 2019). Tahap pascaoperasi akan berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang perawatan atau pasien dinyatakan pulang.

### **3. Peran dan Tugas Team dalam Preoperatif**

a. Peran Perawat di Kamar Operasi

Peran perawat perioperatif sangat luas, mulai dari praoperatif, intraoperatif, sampai ke perawatan pasien pasca anestesi. Peran perawat di kamar berdasarkan fungsi dan tugasnya terbagi menjadi tiga, yaitu perawat administratif, perawat pada operatif dan perawat pada anestesi (Muttaqin & Sari, 2020a).

b. Peran Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Muttaqin & Sari, 2020a)

c. Peran Perawat Instrument

Perawat instrument atau Perawat *scrub* adalah seorang perawat yang bertanggungjawab terhadap manajemen instrument operasi pada setiap pembedahan. Perawat *scrub* bertanggung jawab menjaga kelengkapan alat instrument, terus menerus mengawasi prosedur, melakukan manajemen sirkulasi alat seperti mengatur alat-alat yang akan dan telah digunakan, mempertahankan integritas lapang steril selama pembedahan. Adapun beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen dalam mempersiapkan instrument bedah, yaitu bahan jaitan, jarum jahit bedah, persiapan bahan insisi, teknik penyerahan alat, fungsi instrument, dan perlakuan jaringan (Muttaqin & Sari, 2020a).

d. Peran Perawat Sirkuler

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Muttaqin & Sari, 2020a).

e. Peran Perawat Anestesi

Mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam tim anestesi untuk kelancaran pelaksanaan pembiusan adalah peran perawat anestesi. Peran perawat anestesi mulai dari tahap pra operasi, intra operasi dan pasca operasi. Pada tahap praoperasi, perawat anestesi berperan untuk melakukan sign-in bersama dengan dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi (Muttaqin & Sari, 2020a)

f. Peran Perawat Ruang Pemulihan

Menjaga kondisi pasien sampai pasien sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap adalah salah satu tugas perawat ruang pemulihan. Perawat yang bekerja di ruang pemulihan harus

mempunyai keterampilan dan pengetahuan tentang keperawatan gawat darurat karena kondisi pasien bisa memburuk sewaktu-waktu pada tahap pasca operasi (Muttaqin & Sari, 2020a).

g. Manajemen Lingkungan Bedah

Manajemen lingkungan bedah merupakan suatu prosedur pelaksanaan pekerjaan yang menunjang dalam kamar operasi dan sangat perlu diperhatikan oleh perawat perioperatif. Kualitas manajemen lingkungan bedah akan memengaruhi hasil akhir pembedahan. Berbagai hal yang mempengaruhi manajemen lingkungan bedah, seperti manajemen aspsis, manajemen sterilisasi, dan desinfeksi instrument, manajemen keamanan, pengendalian lingkungan, dan konsep manajemen alat bedah listrik dan laser (Muttaqin & Sari, 2020a).

h. Manajemen Posisi Bedah

Pemberian posisi (*positioning*) pasien termasuk bagian yang terintegrasi dalam keperawatan perioperatif. Menurut *Association of Operating Room Nurse* (AORN) pengaturan posisi sehingga pasien bebas dari cedera adalah bagian dari hasil akhir operasi yang diharapkan. Perawat perioperatif adalah manajer utama dalam pemberian posisi pasien. Ada beberapa konsep yang perlu diketahui oleh perawat perioperatif dalam manajemen posisi bedah, meliputi tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dari manajemen pemberian posisi bedah, pencegahan cedera dan posisi bedah (Muttaqin & Sari, 2020a)

#### **4. Etika Kerja dan Sikap Petugas di Kamar Operasi**

Etika kerja petugas di kamar operasi:

- a. Setiap petugas / profesi yang bertugas di kamar operasi harus memiliki dan melaksanakan etika kerja yang seharusnya ditaati.
- b. Etika kerja di kamar operasi merupakan nilai-nilai / norma tentang sikap perilaku/budaya yang baik yang telah disepakati oleh masing-masing kelompok profesi di kamar operasi

- c. Anggota tim melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya dengan baik serta penuh kesadaran terhadap pasien keluarga (Maryunani, 2015)

## 5. Klasifikasi Prosedur Operasi

Tabel 2.1 Klasifikasi Prosedur Operasi

No	Kategori Operasi	Definisi	Contoh	Karakteristik Pembedahan
1	Operasi bersih ( <i>clean</i> )	kontaminasi endogen minimal, luka tidak terinfeksi	herniorafi	dilakukan pada daerah tanpa radang, tidak membuka saluran nafas, orofaring
2	Operasi bersih terkontaminasi ( <i>clean contaminated</i> )	kontaminasi bakteri dapat terjadi dari sumber endogen	appendiktomi	operasi membuka saluran nafas, cerna, kemih dan reproduksi
3	Operasi terkontaminasi ( <i>contaminated</i> )	kontaminasi telah terjadi	perbaikan trauma baru, terbuka	operasi pada luka terbuka lebih dari 6 jam kejadian
4	Operasi kotor dan terinfeksi ( <i>dirty infectius</i> )	dijumpai infeksi, jaringan mati atau kontaminasi mikroba	drainase abses	operasi pada luka yang melewati golden period atau terdapat jaringan non vital yang luas

Sumber: Maryunani, 2015

## B. Asuhan Keperawatan Perioperatif

### 1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra, dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan, asuhan keperawatan dimulai dari praoperatif dibagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif hingga pasien di operasi (intraoperatif) kemudian dilakukan pemulihan diruang pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik yang dilakukan di ruang rawat inap (pasca operasi) (Muttaqin & Sari, 2020a).

### 2. Pengkajian Keperawatan Perioperatif

Pengkajian dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien

sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Muttaqin & Sari, 2020a).

a. Pengkajian praoperatif

Pengkajian pada fase praoperatif dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi dan evaluasi pre operatif dengan cepat dan tanggap. Pengkajian adalah langkah pertama proses keperawatan serta disusun agar perawat dan klien dapat merencanakan hasil pasca operasi yang optimal (Hipkabi, 2014).

Pengkajian praoperatif pada kondisi klinik terbagi atas 2 bagian yaitu: pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawap inap, poliklinik, dan unit gawat darurat, pengkajian klarifikasi ringkas dilakukan oleh perawat perioperatif di kamar operasi (Muttaqin & Sari, 2020). Pengkajian praoperatif terdiri dari beberapa pengkajian diantaranya:

- 1) Pengkajian umum meliputi: identitas pasien dan persetujuan operasi (*informed consent*).
- 2) Riwayat kesehatan meliputi: penyakit yang pernah diderita (lama hemoroid dan jumlah sakit hemoroid), riwayat alergi, skala nyeri
- 3) Psikososial meliputi: kecemasan, citra diri, pengetahuan, persepsi dan pemahaman terhadap hemoroid
- 4) Pemeriksaan fisik meliputi: tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan head to toe (terutama pada bagian anus dan genitalia)
- 5) Pengkajian diagnostik meliputi: pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan echocardiography.

b. Pengkajian fase intraoperatif

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat intraoperatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik yang bersifat resiko maupun aktual dapat teratasi (Muttaqin & Sari, 2020a). Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi:

- 1) validasi identitas

- 2) proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan,
- 3) konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

c. Pengkajian pasca operatif

Pengkajian pascaoperasi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan pengkajian meliputi:

- 1) Pengkajian respirasi
- 2) Pengkajian sirkulasi
- 3) suhu tubuh
- 4) kondisi luka
- 5) nyeri
- 6) gastrointestinal
- 7) genitourinar
- 8) cairan dan elektrolit
- 9) dan keamanan peralatan (Muttaqin & Sari, 2020a).

### **3. Diagnosa Keperawatan Perioperatif**

Diagnosa keperawatan yaitu menentukan arah perawatan yang akan diberikan pada satu atau seluruh tahap pembedahan. Diagnosa keperawatan digolongkan berdasarkan karakteristik tertentu yang diperoleh selama pengkajian (Muttaqin & Sari, 2020a)

a. Pre Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang lazim muncul pada fase pre operatif antara lain :

- 1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional Operasi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

b. Intra Operatif

Diagnosa keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yang lazim muncul pada fase intraoperatif antara lain :

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

c. Post Operatif

Diagnosa keperawatan berdasar kan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang lazim muncul pada fase post operatif antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
- 2) Resiko Pendarahan berhubungan dengan Tindakan operasi



#### 4. Intervensi Keperawatan Perioperatif

Intervensi keperawatan adalah segala jenis treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang muncul pada fase pre,intra dan post operatif berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) meliputi:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada fase pre,intra dan post operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Pre Operatif</b>			
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien tampak rileks 3. Tanda – tanda vital dalam batas normal	<p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>b) Identifikasi skala nyeri</li> <li>c) Identifikasi nyeri non verbal</li> <li>d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</li> <li>b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>c) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>d) Pertimbangkan j enis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>b) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ul>

			<p>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>laborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i></p>
<b>Intra Operatif</b>			
2	Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada tanda-tanda perdarahan</li> <li>2. Membran mukosa lembab</li> <li>3. Kelembaban kulit meningkat</li> <li>4. Keluhan nyeri menurun</li> <li>5. Ekspresi meringis menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Pendarahan</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> <li>c. Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>d. Monitor koagulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>b. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>c. Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> <li>d. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi</li> <li>d. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>e. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>f. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>b. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> <li>c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
<b>Post Operatif</b>			
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>b) Identifikasi skala nyeri</li> <li>c) Identifikasi nyeri non verbal</li> <li>d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>2. Pasien tampak rileks</li> <li>3. Tanda – tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</li> <li>b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>c) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>b) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>e) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i></li> </ol>
	<p>Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan</p>	<p>Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi L.02017) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada tanda-tanda perdarahan</li> <li>b. Membran mukosa lembab</li> <li>c. Kelembaban kulit meningkat</li> <li>d. Keluhan nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Pendarahan</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah</li> <li>c. Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>d. Monitor koagulasi Terapeutik</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>b. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>c. Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> <li>d. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> </ol>

		e. Ekspresi meringis menurun	c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi d. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan e. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K f. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu b. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
--	--	------------------------------	--

## **5. Implementasi Keperawatan Perioperatif**

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan (Muttaqin & Sari, 2020a).

## **6. Evaluasi Keperawatan Perioperatif**

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Muttaqin & Sari, 2020a)

## **C. Konsep Hemoroid**

### **1. Hemoroid**

Hemoroid merupakan bagian vena yang berdilatasi dalam kanal anal. Hal ini sangat umum terjadi pada usia lima puluhan, 50% individu mengalami berbagai tipe hemoroid berdasarkan luasnya vena yang terkena. Kehamilan diketahui mengawali atau memperberat adanya hemoroid (Smeltzer, 2016)

Hemoroid adalah pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari pleksus hemoroidalis. Dibawah atau diluar linea dentate pelebaran vena yang berada dibawah kulit (subkutan) disebut hemoroid eksterna. Sedangkan diatas atau didalam linea dentate, pelebaran vena yang berada dibawah mukosa (submukosa) disebut hemoroid interna (Rohmani, 2021). Hemoroid merupakan patofisiologi dari vena-vena yang berdilatasi membengkak dilapisan rektum (Muttaqin & Sari, 2020).

Berdasarkan ketiga definisi diatas dapat disimpulkan bahwa hemoroid merupakan pelebaran atau inflamasi pada pembuluh darah vena di daerah anus yang dapat terjadi dibawah, diatas, diluar atau didalam linea dentate dimana hal tersebut berasal dari pleksus hemoroidalis.

## **2. Etiologi**

Penyebab hemoroid timbul karena dilatai, pembengkakan atau inflamasi hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor-faktor resiko atau pencetus, sebagai berikut :

- a. Mengedan pada buang air besar yang sulit
- b. Pola buang air besar yang salah (lama duduk di jamban sambil membaca, merokok)
- c. Peningkatan intra abdomen (misal : tumor, kehamilan)
- d. Usia tua
- e. Diare akut yang berlebihan dan diare kronik
- f. Hubungan seks peranal
- g. Kurang minum air dan kurang makan makanan tinggi serat
- h. Kurang olahraga atau imobilisasi (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

## **3. Tanda dan gejala**

Hemoroid menyebabkan rasa gatal dan nyeri, sering menyebabkan perdarahan berwarna merah terang pada saat defekasi. Hemoroid eksternal dihubungkan dengan nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh trombosis. Trombosis merupakan pembekuan darah dalam hemoroid. Hal ini akan menimbulkan iskemik pada area tersebut dan nekrosis. Hemoroid interna tidak selalu menimbulkan nyeri sampai hemoroid ini membesar dan menimbulkan perdarahan atau prolaps (Smeltzer, 2016).

## **4. Klasifikasi hemoroid**

Menurut (Mulyanti & Diyono, 2013) berdasarkan gambaran klinis hemoroid, terdapat dua jenis hemoroid :

### **a. Hemoroid Eksternal**

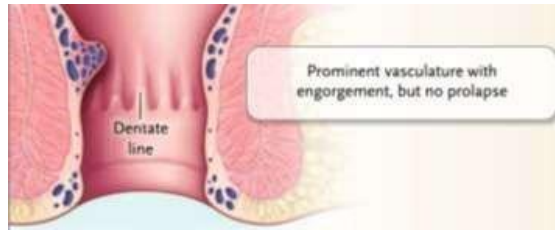
Pembesaran vena rektalis inferior yang terletak dibawah linea dinata dan ditutup epitel gepeng, anoderm serta kulit peranal. Dengan ciri-ciri sebagai berikut :

- 1) Nyeri ssekali akibat peradangan
- 2) Edema akibat trombosis
- 3) Nyeri yang semakin bertambah

b. Hemoroid Internal

Pembesaran vena yang berdilatasi pada pleksus rektalis superior dan media yang timbul di atas linea dentata dan dilapisi oleh mukosa. Hemoroid internal dibagi menjadi empat derajat :

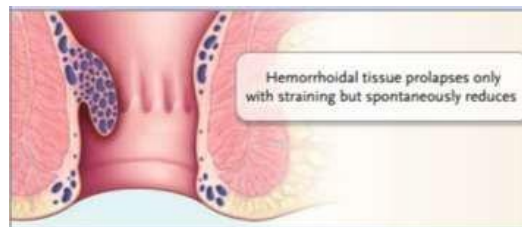
1) Derajat I



Gambar 2.1 Hemoroid Derajat I  
(Prasetyo, Raharjo, & Wujoso, 2015)

Tidak mengalami prolaps, terdapat perdarahan merah segar pada rektum pasca defekasi, pada pemeriksaan anoskopi terlihat permulaan dari benjolan hemoroid yang menonjol kedalam lumen.

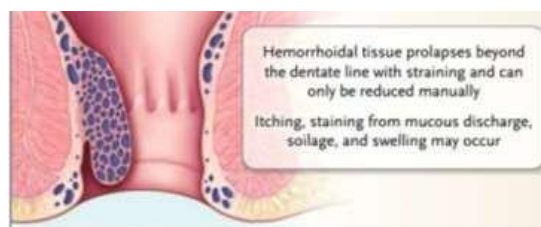
2) Derajat II



Gambar 2.2 Hemoroid Derajat II  
(Prasetyo, Raharjo, & Wujoso, 2015)

Mengalami prolaps dimana saat bergerak bejolan keluar (prolaps) dan masuk sendiri ke dalam anus secara spontan, terdapat perdarahan atau tanpa perdarahan sesudah defekasi.

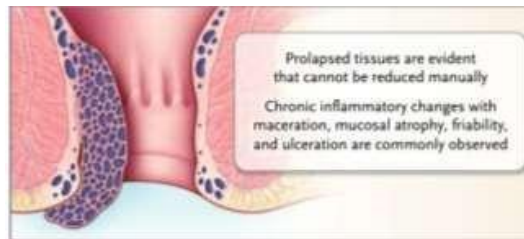
3) Derajat III



Gambar 2.3 Hemoroid Derajat III  
(Prasetyo, Raharjo, & Wujoso, 2015)

Mengalami prolaps tidak dapat masuk ke anus sendiri tanpa bantuan dorongan jari atau secara manual, terdapat perdarahan atau tanpa perdarahan sesudah defekasi.

4) Derajat IV



Gambar 2.4 Hemoroid Derajat III  
(Prasetyo, Raharjo, & Wujoso, 2015)

Mengalami prolaps yang permanen, terdapat perdarahan sesudah defekasi

## 5. Patofisiologi

Hemoroid timbul akibat kongesti vena yang disebabkan oleh gangguan aliran balik dari vena hemoroidalis. Hal ini terjadi dengan berbagai penyebab seperti konstipasi, diare, sering mengejan, kongesti pelvis pada kehamilan, pembesaran prostat, fibroid uteri, dan tumor rektum. Penyakit hari kronis yang disertai hipertensi portal sering mengakibatkan hemoroid karena vena hemoroidalis superior mengalirkan darah ke sistem portal. Selain itu, sistem portal tidak mempunyai katup sehingga mudah terjadi aliran balik.

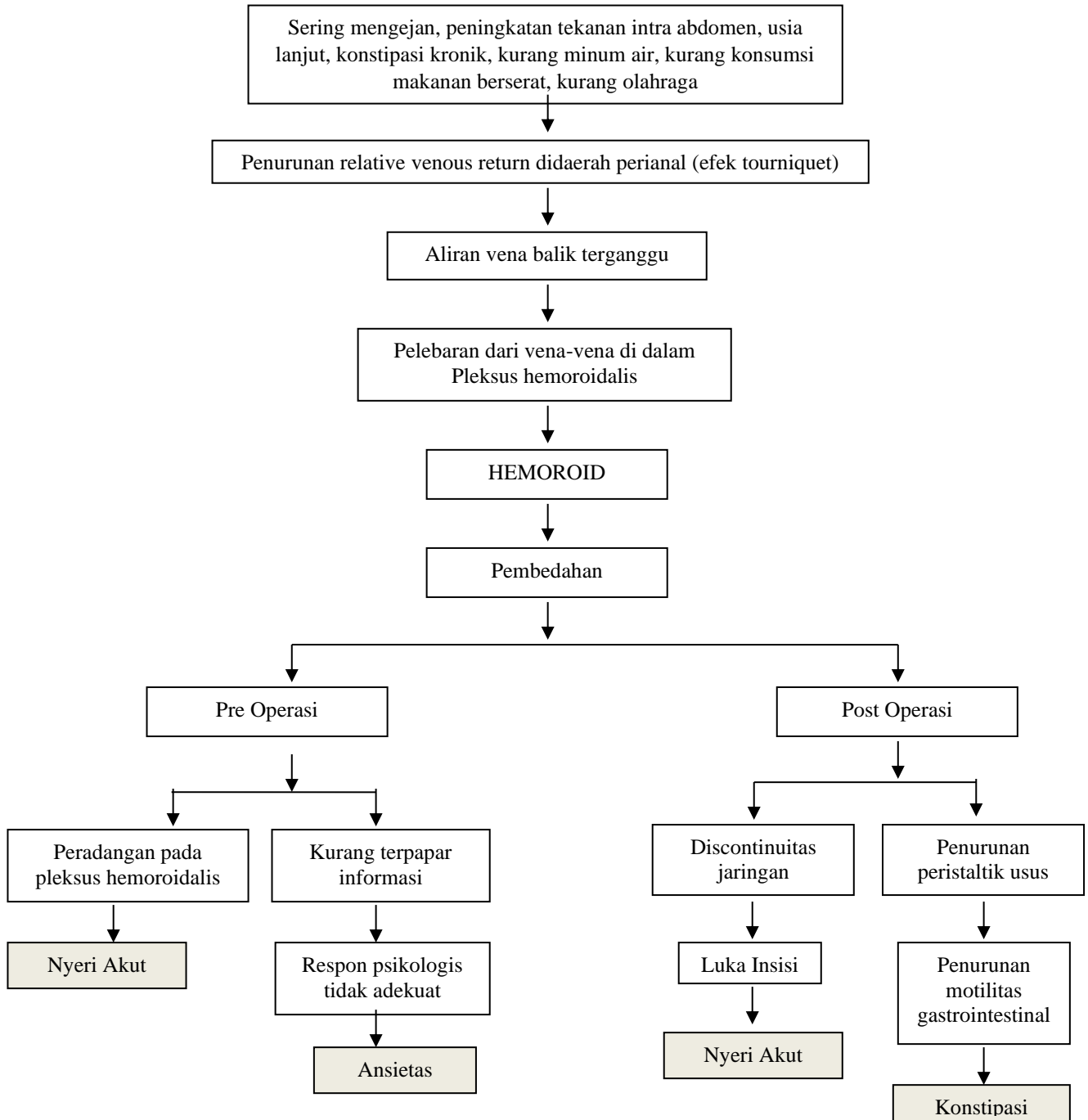
Hemoroid dapat dibedakan menjadi dua yaitu hemoroid eksterna dan interna. Hemoroid eksterna dibedakan menjadi bentuk akut dan kronis. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan suatu hematoma atau disebut sebagai hemoroid



trombosis eksternal akut. Bentuk ini sering terasa sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung saraf pada kulit merupakan reseptor nyeri. Kadang-kadang perlu membuang trombus dengan anestesi lokal atau dapat diobati dengan kompres duduk panas dan analgesik. Hemoroid eksterna kronis atau skin tag biasanya merupakan sekuele dari hematoma akut. Hemoroid ini berupa satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri dari jaringan ikat dan sedikit pembuluh darah (Price, 2012).

Hemoroid interna dibagi berdasarkan gambaran klinis atas : derajat 1, bila terjadi pembesaran hemoroid yang tidak prolaps keluar kanal anus, hanya dapat dilihat dengan anorektoskop. Derajat 2 pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan. Derajat 3 pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari. Derajat 4 prolaps hemoroid yang permanen reatan dan cenderung mengalami trombosis dan infark (Anisa, 2019).

## 6. Pathway



Sumber: (Kardiyudiani & Susanti, 2019)

## **7. Komplikasi**

Menurut (Mulyanti & Diyono, 2013) terdapat beberapa komplikasi yang terjadi pada kasus Hemoroid, yaitu sebagai berikut :

- a. Perdarahan,. Bila banyak atau akut dapat menjadi syok hipovolemik, sedangkan perdarahan kronis dapat menyebabkan anemia.
- b. Inkarserasi dapat berkembang yang kemudian mengalami iritasi dan infeksi sehingga dapat terjadi sepsis.
- c. Trombosis (pembekuan dalam darah hemoroid)

## **8. Pemeriksaan penunjang**

- a. Anoskopi dilakukan untuk menilai mukosa rektal dan mengevaluasi tingkat pembesaran hemoroid. Side viewing pada anoskopi merupakan instrumen yang optimal dan tepat untuk mengevaluasi hemoroid (Halverson, 2007).
- b. Sigmoidoskopi, anus dan rektum dapat dievaluasi untuk kondisi lain sebagai diagnosa banding untuk perdarahan rektal dan rasa tidak nyaman seperti pada fisura anal dan fistula, kolitis, polip rektal, dan kanker.
- c. Barium Enema X Ray atau Kolonoskopi harus dilakukan pada pasien dengan usia diatas 50 tahun dan pada pasien dengan perdarahan menetap setelah dilakukan pengobatan terhadap hemoroid.

## **9. Terapi**

Gejala hemoroid dan ketidaknyamanan dapat dihilangkan dengan personal hygiene yang baik dan menghindari mengejan berlebihan selama defekasi. Diet tinggi serat yang mengandung buah dan sekam mungkin satu-satunya tindakan yang diperlukan. Bila tindakan ini gagal, laksatif yang berfungsi mengabsorpsi air saat melewati usus dapat membantu. Rendam duduk dengan salep dan supositoria yang mengandung anestesi, astringen (witch hazel) dan tirah baring adalah tindakan yang memungkinkan pembesaran berkurang.

Terdapat berbagai tindakan non operatif untuk hemoroid. Fotokoagulasi inframerah, diatermi bipolar, dan terapi laser adalah teknik terbaru yang digunakan untuk melekatkan mukosa ke otot yang mendasarinya. Injeksi

larutan sklerotan juga efektif untuk hemoroid berukuran kecil dan berdarah, tindakan ini mencegah terjadinya prolaps.

Hemoroidektomi kriosirugi merupakan metode untuk mengangkat hemoroid dengan cara membekukan jaringan hemoroid selama waktu tertentu sampai timbul nekrosis. Meskipun hal ini relatif kurang menimbulkan nyeri, prosedur ini tidak digunakan dengan luas karena menyebabkan keluarnya rabas yang berbau menyengat dan luka yang ditimbulkan lama sembuhnya.

Metode pengobatan hemoroid tidak efektif untuk vena trombosis luas, yang harus diatasi dengan bedah lebih luas. Hemoroidektomi atau eksisi bedah dapat dilakukan untuk mengangkat semua jaringan sisa yang terlibat dalam proses ini. Selama pembedahan, sfingter rektal biasanya di dilatasi secara digital dan hemoroid diangkat dengan klem atau kauter atau dengan ligasi dan kemudian dieksisi. Setelah prosedur operatif selesai, selang kecil dimasukkan melalui sfingter untuk memungkinkan keluarnya flatus dan darah, penempatan gelfoan atau kasa oxygel dapat diberikan diatas luka kanal (Smeltzer, 2013).

## **10. Discharge Planning**

- a. Berendamlah tiga kali sehari selama 10-15 menit dalam air hangat. Berendam membantu mengatasi nyeri dan membersihkan area sekitar hemoroid
- b. Minum banyak air putih minimal 8 gelas per hari
- c. Perbanyak makanan yang mengandung tinggi serat
- d. Hindari mengejan dan menggosok daerah sekitar hemoroid karena dapat mengakibatkan iritasi dan membuat hemoroid bertambah parah
- e. Menghindari bantalan duduk yang keras, setiap beberapa saat bangun dari duduk, berjalan jalan sejenak
- f. BAB dengan kloset duduk
- g. Turunkan berat badan hingga berat badan ideal dan olahraga secara teratur

(Sudoyo Aru, dkk 2009 dalam Nurarif, 2016)

### **11. Diagnosa Keperawatan yang sering muncul**

Masalah keperawatan yang lazim muncul dalam kasus hemoroid (Nurarif, 2016):

- a. Konstipasi b.d mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi
- b. Ansietas b.d rencana pembedahan dan rasa malu
- c. Nyeri akut b.d iritasi, tekanan dan sensitifitas pada area rectal/anal sekunder akibat penyakit anorektal dan spasme sfingtr pada pascaoperatif
- d. Intoleransi aktivitas
- e. Resiko syok (hipovolemi)
- f. Resiko Infeksi
- g. Gangguan rasa nyaman

### **D. Jurnal Terkait**

1. Penelitian yang dilakukan oleh (Utami & Sakitri, 2020) Di RSUD Simo Boyolali disebutkan bahwa Penatalaksanaan hemoroid dapat dilakukan secara bedah dan no bedah. Penanganan non bedah meliputi skleroterapi, *Rubber Band Ligation (RBL)*, koagulasi bipolar, sinar inframerah. Penatalaksanaan bedah hemoroid adalah dengan *hemoroidektomi*.
2. Penelitian yang dilakukan oleh (Erianto et al., 2022) disebutkan bahwa faktor resiko terjadinya hemoroid adalah konstipasi, duduk terlalu lama, dan obesitas. Konstipasi adalah keadaan BAB jarang atau kurang dari 3 kali seminggu, duduk terlalu lama meningkatnya resiko pembekuan pembuluh vena dalam (Deep Vein Thrombosis/DVT) dibagian saluran pencernaan bawah hingga dua kali lipat.
3. Penelitian yang dilakukan oleh (Ediyanto, 2018) yang berjudul Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri Pada Klien Post Hemoroidektomi Di Rsk Ngesti Waluyo Parakan Temanggung disebutkan bahwa pada umumnya penatalaksanaan hemoroid grade III dan IV dilakukan dengan terapi bedah yaitu hemoroidektomi. Prinsip eksisi dilakukan pada jaringan yang

berlebihan saja, dan tidak mengganggu sfingter ani. Saat ini hemoroidektomi masih dianggap sebagai gold standard untuk penyembuhan hemoroid, karena berkinerja baik. Namun akibat dari prosedur bedah hemoroidektomi tersebut, eksisi setelah operasi akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat.

4. Penelitian yang dilakukan (Lukman et al., 2020) pemberian teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan tingkat nyeri pada pasien dengan Luka episiotomy. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Hidayat & Febrianti, 2019) di Rumah Sakit TK. II dr. AK. GANI Palembang terdapat perbedaan tingkat nyeri pada pasien post hemoroid sebelum dan sesudah dilakukan Teknik relaksasi napas dalam.
5. Penelitian yang dilakukan oleh (Utami & Sakitri, 2020) di RSUD Simo Boyolali disebutkan bahwa adanya pengaruh pemberian kompres dingin di tekuk terhadap penurunan nyeri pada pasien post hemoroidektomi bersangkutan dengan tersebut pada penelitian (Rohmani, 2021) disebutkan bahwa kombinasi penggunaan kompres dingin pada tekuk leher dan relaksasi napas dalam dapat menurunkan tingkat nyeri pada post hemoroidektomi.