

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Hemoroid adalah pembengkakan dan pelebaran pembuluh darah vena pada anus dan rektum akibat peningkatan tekanan vena yang berkepanjangan (Frandika *et al.* 2020). Menurut Panduan Praktik Klinik Nasional dari World Gastroenterology Organization (2020), hemoroid adalah pembuluh darah yang membengkak atau nodul di daerah anus (rektum bawah) yang disebabkan oleh penekanan berkepanjangan atau peningkatan tekanan vena. Sementara Menurut Perumpail *et al.* (2021), hemoroid adalah pembengkakan pembuluh darah vena di daerah anus yang dapat menyebabkan perdarahan, nyeri, gatal, dan ketidaknyamanan.

Semua sumber tersebut menjelaskan bahwa hemoroid adalah pembengkakan atau pembesaran pembuluh darah vena di daerah anus dan rektum bawah yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti tekanan berkepanjangan, konstipasi, atau kehamilan.

2. Etiologi

Iswahyudi *et al.* (2022) menyebutkan beberapa faktor risiko terjadinya hemoroid, yaitu:

a. Konstipasi kronis

Konstipasi kronis menyebabkan peningkatan tekanan pada pembuluh darah vena di sekitar anus saat buang air besar, sehingga dapat memicu terbentuknya hemoroid.

b. Mengejan berlebihan saat defekasi

Aktivitas mengejan yang berlebihan saat buang air besar dapat meningkatkan tekanan pada pembuluh darah vena di sekitar anus dan memicu terbentuknya hemoroid.

c. Kehamilan dan proses persalinan

Selama kehamilan, terjadi peningkatan volume darah dan relaksasi otot polos, sehingga meningkatkan risiko pembengkakan pembuluh darah vena di sekitar anus. Selain itu, proses persalinan juga dapat meningkatkan risiko terbentuknya hemoroid.

d. Pekerjaan dengan duduk/berdiri lama

Pekerjaan yang banyak dilakukan dengan posisi duduk atau berdiri dalam waktu lama dapat meningkatkan tekanan pada pembuluh darah vena di sekitar anus dan memicu terbentuknya hemoroid.

e. Usia lanjut

Pada usia lanjut, terjadi penurunan fungsi otot polos dan pelemahan dinding vena, sehingga meningkatkan risiko terbentuknya hemoroid.

Iswahyudi et al. (2022) menyimpulkan bahwa faktor-faktor risiko tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan pada pembuluh darah vena di sekitar anus, yang pada akhirnya dapat memicu terbentuknya hemoroid

3. Manifestasi Klinis

Berikut manifestasi klinis atau gejala-gejala hemoroid :

a. Perdarahan saat buang air besar

Perdarahan segar pada tisu toilet atau di luar tinja merupakan gejala yang paling umum dari hemoroid. Perdarahan dapat terjadi karena pecahnya pembuluh darah dalam hemoroid akibat tekanan saat defekasi.

b. Rasa nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar anus

Hemoroid yang mengalami peradangan atau trombosis (bekuan darah) dapat menyebabkan rasa nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar anus.

c. Gatal di sekitar anus

Iritasi dan gesekan akibat hemoroid yang menonjol keluar dapat menyebabkan gatal di sekitar anus.

d. Benjolan di sekitar anus

Hemoroid yang membengkak dan menonjol keluar dari anus dapat terlihat sebagai benjolan atau massa di sekitar anus.

e. Sensasi belum buang air besar secara tuntas

Hemoroid yang membesar dapat menyebabkan sensasi belum buang air besar secara tuntas atau rasa tidak nyaman setelah defekasi.

Gejala-gejala tersebut dapat muncul sendiri atau bersama-sama, tergantung pada tingkat keparahan dan jenis hemoroid yang dialami oleh pasien

4. Patofisiologi

Hemoroid merupakan pembengkakan atau pembesaran pembuluh darah vena di daerah anus dan rektum bawah. Proses terbentuknya hemoroid dimulai dengan adanya peningkatan tekanan pada pembuluh darah vena di sekitar anus. Menurut Jacobs (2019), faktor-faktor yang dapat meningkatkan tekanan vena ini antara lain konstipasi kronis, mengejan berlebihan saat defekasi, kehamilan, persalinan, pekerjaan dengan posisi duduk atau berdiri lama, dan obesitas.

Ketika tekanan pada pembuluh darah vena terus meningkat, maka aliran darah balik (vena) dari daerah anus akan terganggu. Hal ini menyebabkan pembuluh darah vena membengkak dan membentuk tonjolan yang disebut hemoroid (Ajayi & Adewole, 2019). Pembengkakan ini dapat terjadi pada pembuluh darah vena di dalam rektum (hemoroid internal) atau di luar anus (hemoroid eksternal).

Jika hemoroid terus membengkak, maka dapat terjadi peradangan, kerusakan jaringan, dan perdarahan. Perdarahan segar pada tisu toilet atau di luar tinja merupakan gejala yang paling umum

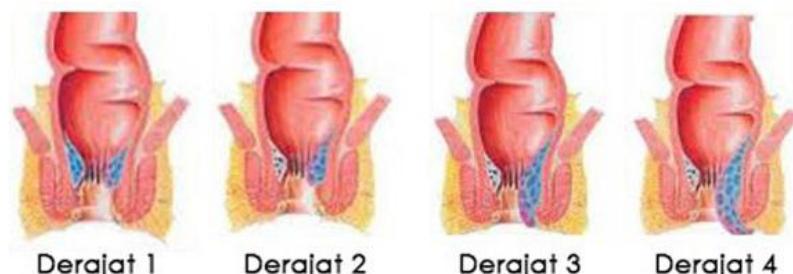
dari hemoroid (Rivadeneira *et al.*, 2021). Selain itu, hemoroid juga dapat menyebabkan rasa nyeri, rasa tidak nyaman, gatal di sekitar anus, dan sensasi belum buang air besar secara tuntas (Wijaya & Wijaya, 2021).

Dalam keadaan tertentu, hemoroid dapat mengalami trombosis atau pembentukan bekuan darah di dalamnya. Menurut Perumpail *et al.* (2021), trombosis hemoroid dapat menyebabkan nyeri hebat dan pembengkakan yang parah di sekitar anus.

5. Derajat Hemoroid

Derajat hemoroid menurut Simadibrata (2019) dibagi menjadi empat tingkatan:

- a. Derajat I: Hemoroid masih berada di dalam saluran anus dan tidak menonjol keluar. Biasanya hanya terlihat saat dilakukan pemeriksaan anoskopi.
- b. Derajat II: Hemoroid menonjol keluar saat defekasi, tetapi dapat masuk kembali secara spontan.
- c. Derajat III: Hemoroid menonjol keluar saat defekasi dan harus didorong masuk secara manual.
- d. Derajat IV: Hemoroid menonjol keluar secara permanen dan tidak dapat didorong masuk kembali.



Gambar 2.1. Derajat Hemoroid

Klasifikasi ini membantu dalam menentukan pendekatan pengobatan yang tepat, mulai dari perubahan gaya hidup dan pengobatan konservatif untuk derajat ringan, hingga tindakan operatif untuk derajat yang lebih berat.

6. Penatalaksanaan Medis

Berikut penatalaksanaan atau manajemen untuk hemoroid:

a. Terapi Konservatif

- 1) Perubahan pola makan dengan menambah asupan serat dan cairan yang cukup untuk mencegah konstipasi (Jacobs, 2019).
- 2) Obat-obatan topikal seperti krim atau suppositoria yang mengandung anestetik lokal, kortikosteroid, atau vasokonstriksi untuk mengurangi peradangan dan nyeri (Ajayi & Adewole, 2019).
- 3) Perawatan luka pada hemoroid yang terluka atau mengalami perdarahan (Rivadeneira *et al.*, 2021).

b. Terapi Bedah

- 1) Prosedur penjepitan karet (rubber band ligation) untuk hemoroid internal derajat 1-3 (Wijaya & Wijaya, 2021).
- 2) Injeksi skleroterapi dengan memasukkan larutan sklerosan ke dalam hemoroid untuk menyusutkannya (Perumpail *et al.*, 2021).

- 3) Hemoroidektomi atau pengangkatan hemoroid secara bedah untuk kasus hemoroid berat yang tidak responsif terhadap terapi lain (Ndraha, 2019).
- c. Terapi Non-Bedah
 - 1) Koagulasi dengan menggunakan arus listrik, laser, atau inframerah untuk mengecilkan hemoroid (Ariani, 2019).
 - 2) Krioterapi dengan menggunakan gas nitrogen cair untuk membekukan dan mengecilkan hemoroid (Yanti *et al.*, 2020).

Pemilihan jenis penatalaksanaan tergantung pada tingkat keparahan hemoroid, gejala, dan kondisi pasien. Terapi konservatif umumnya dilakukan terlebih dahulu sebelum mempertimbangkan tindakan bedah atau non-bedah.

B. Asuhan Keperawatan

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Tamsuri, 2019). Menurut Suharto *et al.* (2022), nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau deskripsi dari kerusakan tersebut. Sementara itu PPNI mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan

aktual atau potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (PPNI, 2018).

Dari beberapa sumber tersebut, dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, yang dapat menyebabkan penderitaan fisik dan mental bagi individu yang mengalaminya.

b. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), ada beberapa penyebab dari nyeri akut diantaranya :

1. Agen pencedera fisiologis

Misalnya : inflamasi, iskemia, neoplasma.

2. Agen pencedera kimiawi

Misalnya : terbakar, bahan kimia iritan.

3. Agen pencedera fisik

Misalnya : abses, amputasi, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c. Tanda dan Gejala

1) Perubahan Perilaku

a) Ekspresi wajah seperti meringis, mengerutkan dahi, atau mengatupkan rahang

b) Posisi tubuh menunjukkan perlindungan terhadap area nyeri

c) Mengeluh atau menangis

2) Perubahan Fisiologis

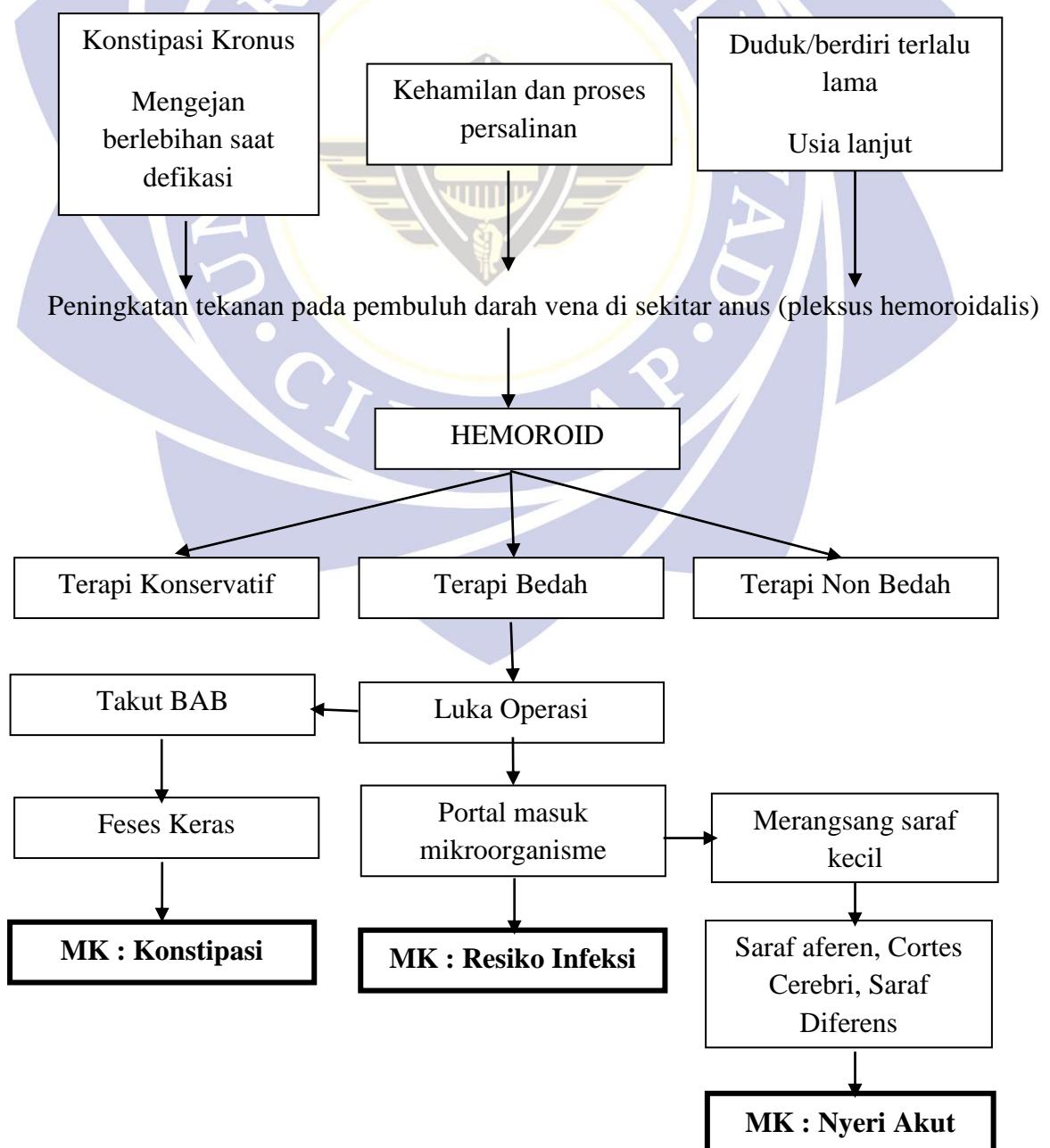
- a) Tekanan darah dan denyut nadi meningkat
- b) Pola pernapasan berubah (cepat atau dangkal)

3) Perubahan Psikologis

- a) Kecemasan, ketakutan, depresi
- b) Gangguan konsentrasi atau perhatian

4) Perubahan Perilaku Motorik

- a) Kaku atau kekakuan otot
- b) Menghindar dari rangsangan
- d. Pathway



Gambar 2.2

Pathway Keperawatan

e. Penatalaksanaan

Berikut penatalaksanaan atau manajemen nyeri :

1) Farmakologi

- a) Analgetik opioid (morphine, fentanyl, oxycodone) untuk nyeri berat
- b) Analgetik non-opioid (paracetamol, asam mefenamat, ibuprofen) untuk nyeri ringan-sedang
- c) Adjuvant analgetik (antidepressant, anticonvulsant, corticosteroid) untuk nyeri neuropatik (Suharsono, 2020)

2) Non-Farmakologi

- a) Terapi panas/dingin (kompres/pengompresan)
- b) Stimulasi elektrik (TENS)
- c) Distraksi (mendengarkan musik, bernafas dalam)
- d) Teknik relaksasi (relaksasi otot, meditasi, hipnoterapi, Relaksasi Benson)
- e) Terapi komplementer (akupunktur, aromatherapy) (Kusuma & Wahyuni, 2021)

3) Intervensi Keperawatan

- a) Pengkajian nyeri secara komprehensif
- b) Manajemen lingkungan (posisi, pencahayaan, suhu)
- c) Pemberian informasi dan edukasi

d) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (Meliala & Pinzon, 2021)

4) Manajemen Nyeri Terkini

- a) Terapi modalitas (stimulasi saraf elektrik transkutan, laser)
- b) Terapi invasif (blok saraf, implantasi pompa analgetik)
- c) Terapi rehabilitatif (fisioterapi, terapi okupasi) (Yudiyanto, 2021)

5) Intervensi Keperawatan Lanjut

- a) Hipnotherapi dan terapi kognitif-perilaku
- b) Manajemen nyeri pasca bedah
- c) Psikoedukasi nyeri kronis (Suharto *et al.*, 2022)

Pemilihan penatalaksanaan dilakukan secara komprehensif dengan mempertimbangkan jenis, tingkat keparahan nyeri, kondisi pasien, serta preferensi pasien.

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Menurut Debora (2011) dalam Kurniawan (2022), tahap pengkajian sebagai berikut yaitu :

1) Biodata

Data lengkap dari pasien meliputi: nama lengkap, umur, jenis kelamin, kawin / belum kawin, agama, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan alamat identitas penanggung, meliputi: nama lengkap, jenis kelamin, umur,

suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, hubungan dengan pasien dan alamat.

2) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada area perianal, mengeluh lemah, sulit tidur dan terdapat perdarahan segar pada anus saat defekasi.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Perdarahan saat defekasi, terasa gatal pada anus, perasaan lemah, kadang disertasi diare ataupun konstipasi.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Pengkajian predisposisi seperti, riwayat menderita penyakit ini sebelumnya, genetik, pola aktivitas, makanan dan perlu didokumentasikan. Anamnesis penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian profetif.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Baik pria dan wanita memiliki resiko terkena hemoroid. Pada pria yang terkena hemoroid, terjadi pada pada orang yang sering mengangkat beban berat, mengejan terlalu kuat saat BAB, pada wanita lebih banyak menyerang wanita hamil memiliki resiko yang lebih tinggi terkena hemoroid karena tekanan dari rahimnya dengan

teknik mengejan yang tidak benar pada saat melahirkan normal.

d) Riwayat psikososial

Gejala : Riwayat kepribadian, ansietas, depresi, euphoria, marah kronik, faktor stress multiple. Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak, gerak tangan empati, muka tegang, gerak fisik, pernafasan menghela nafas, penurunan pola bicara. Riwayat spiritual pada riwayat spiritual bila dihubungkan dengan kasus hemoroid belum dapat diuraikan lebih jauh, tergantung dari dan kepercayaan masing-masing individu.

e) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : Pasien nampak lemah meringis
Tanda-tanda vital : Suhu tubuh kadang meningkat, pernapasan dangkal dan nadi normal.

4) Aktifitas sehari-hari

a) Aktifitas

Gejala : Kelemahan, mengalami nyeri pada area anus

b) Eliminasi

Gejala : Konstipasi, mengalami kesulitan untuk BAB

c) Makanan dan cairan

Gejala : Makanan yang disukai mencakup makanan tinggi garam, lemak, kolesterol serta makanan dengan

kandungan tinggi kalori. Kurangnya asupan makanan yang mengandung serat.

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Anoskopi

Pemeriksaan anoskopi diperlukan untuk melihat hemoroid interna struktur vascular yang mengalami prolaps ke dalam lumen.

b) Kolonoskopi

Untuk mengetahui jaringan abnormal, inflamasi, polip didalam kolon dan rektum.

c) Sigmoidoskopi

Untuk mengevaluasi kondisi kolon, sigmoid dan rektum

d) *Digital Rectal Examination*

Untuk menegakkan adanya masalah pada prostat dan rektum.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan atau penilaian klinis yang menggambarkan respons aktual atau potensial dari individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan (Pardede, 2020). Diagnosa Keperawatan ditegakkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) antara lain :

1) Nyeri Akut (D.0077)

a) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan beritensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja, SDKI, SLKI, SIKI, 2017).

b) Etiologi

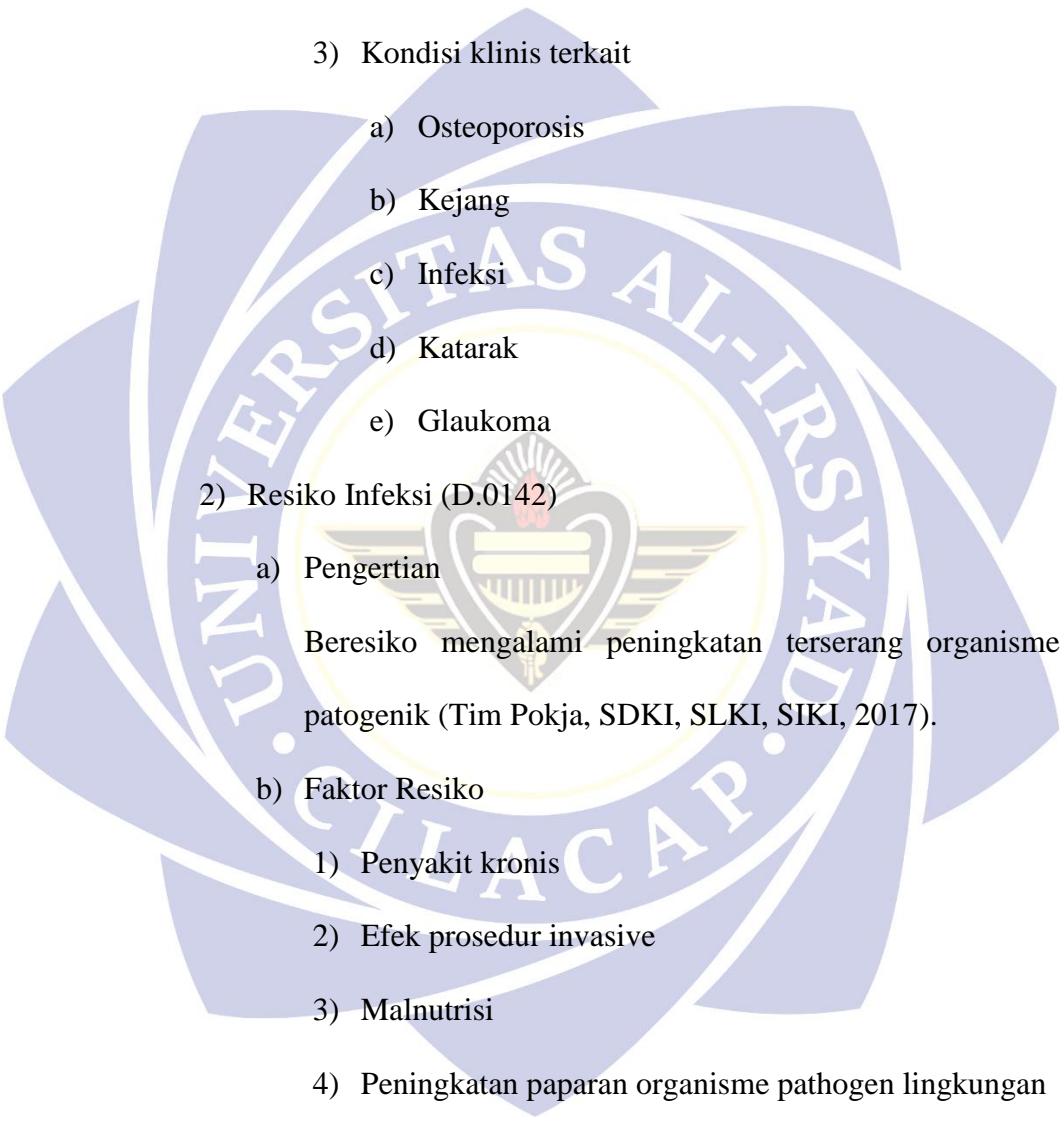
- 1) Agen pencedera fisiologis
- 2) Agen pencedera kimiawi
- 3) Agen pencedera fisik

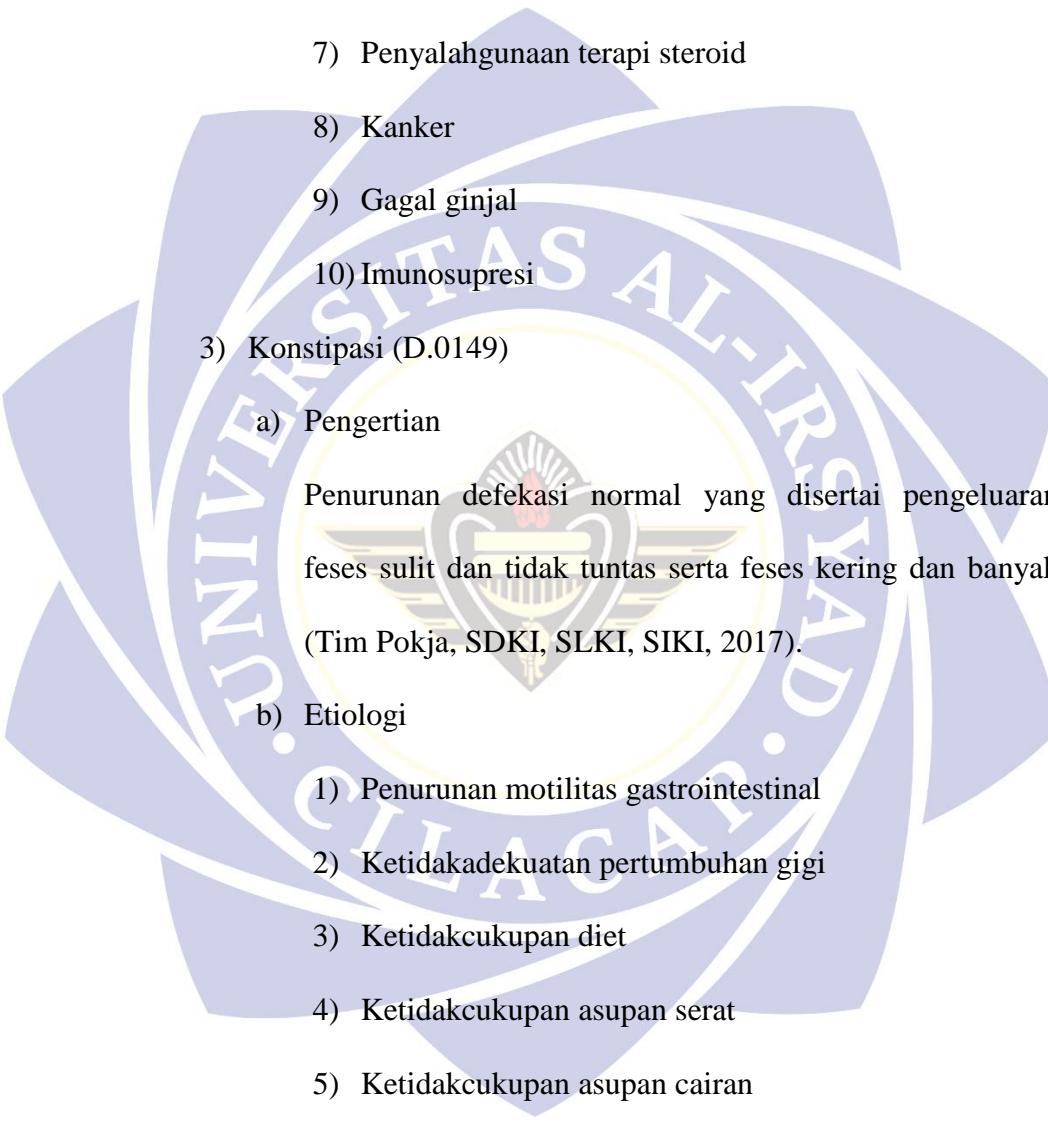
c) Manifestasi Klinis

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subyektif
Mengeluh nyeri
 - b) Obyektif
 - 1). Tampak meringis
 - 2). Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - 3). Gelisah
 - 4). Frekuensi nadi meningkat
 - 5). Sulit tidur

2) Gejala dan tanda minor

- a) Subyektif (tidak tersedia)
- b) Obyektif
 - 1). Tekanan darah meningkat

- 
- 2). Mobilitas berkurang
- 3). Nafsu makan berubah
- 4). Proses berpikir terganggu
- 5). Membutuhkan bantuan orang lain
- 6). Berfokus pada diri sendiri
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Osteoporosis
 - b) Kejang
 - c) Infeksi
 - d) Katarak
 - e) Glaukoma
- 2) Resiko Infeksi (D.0142)
- a) Pengertian
 - Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja, SDKI, SLKI, SIKI, 2017).
 - b) Faktor Resiko
 - 1) Penyakit kronis
 - 2) Efek prosedur invasive
 - 3) Malnutrisi
 - 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
 - 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder - c) Kondisi Klinis
 - 1) AIDS

- 
- 2) Luka bakar
 - 3) Penyakit Paru Obstruktif Kronis
 - 4) Diabetes Milietus
 - 5) Tindakan Invasif
 - 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - 7) Penyalahgunaan terapi steroid
 - 8) Kanker
 - 9) Gagal ginjal
 - 10) Imunosupresi
- 3) Konstipasi (D.0149)
- a) Pengertian
- Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak (Tim Pokja, SDKI, SLKI, SIKI, 2017).
- b) Etiologi
- 1) Penurunan motilitas gastrointestinal
 - 2) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi
 - 3) Ketidakcukupan diet
 - 4) Ketidakcukupan asupan serat
 - 5) Ketidakcukupan asupan cairan
 - 6) Kelemahan otot abdomen
- c) Manifestasi Klinis
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subyektif

- 1). Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- 2). Pengeluaran feses lama dan sulit
- b) Obyektif
- 1). Feses keras
- 2). Peristaltik usus menurun
- 2) Gejala dan tanda minor
- a) Subyektif
- Mengejan saat defikasi
- b) Obyektif
- 1). Distensi abdomen
- 2). Kelemahan umum
- 3). Teraba massa pada rektal
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Lesi/cedera pada medulla spinalis
- b) Stroke
- c) Demensia
- d) Hemoroid
- e) Fisura anorectal
- f) Abses rektal
- g) Ulkus rektal
- h) Impaksi feses
- c. Intervensi Keperawatan
- Intervensi keperawatan disusun dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), Standar

Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), yang diuraikan sebagai berikut :

1) Nyeri Akut

SLKI : Tingkat nyeri (L.08066)

a) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas berat maupun ringan (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).

b) Ekspektasi : Menurun

c) Kriteria hasil

Tabel 2.1. Indikator Tingkat Nyeri

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

a) Pengertian

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).

b) Tindakan

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- g) Identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi Relaksasi Benson).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

3) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat analgetik

2) Resiko Infeksi

SLKI : Tingkat infeksi (L.14137)

a) Pengertian

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).

b) Ekspektasi : Menurun

c) Kriteria hasil

Tabel 2.2. Indikator Tingkat Infeksi

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan infeksi (I.4539)

a) Pengertian

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).

b) Tindakan

1) Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

2) Terapeutik

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Berikan perawatan kulit pada area edema

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

- d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.
- 3) Edukasi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian imunisasi
- 3) Konstipasi
- SLKI : Eliminasi fekal (L.04033)
- Pengertian
 - Proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi, frekuensi serta bentuk feses normal (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).
 - Ekspektasi : Membuat
 - Kriteria hasil

Tabel 2.3. Indikator Eliminasi Fekal

	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Frekuensi defekasi	1	2	3	4	5
Peristaltik usus	1	2	3	4	5

SIKI : manajemen Eliminasi Fekal (I.4539)**a) Pengertian**

Mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal (Tim Pokja, SDKI,SLKI,SIKI, 2017).

b) Tindakan**1) Observasi**

a) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar

b) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal

c) Monitor tanda dan gejala konstipasi

d) Monitor buang air besar

5) Terapeutik

a) Berikan air hangat setelah makan

b) Sediakan makanan tinggi serat

6) Edukasi

a) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses

b) Anjurkan meningkatkan makanan yang mengandung tinggi serat

c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

7) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat pencahar

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah penerapan asuhan keperawatan yang telah direncanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kasus yang dialami pasien (Simamora, 2020). Implementasi keperawatan merupakan tahap penting dalam proses keperawatan di mana perawat melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Fokus utama implementasi keperawatan adalah melaksanakan tindakan keperawatan secara sistematis sesuai rencana asuhan, menerapkan keterampilan komunikasi yang efektif, memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, serta mendokumentasikan setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Implementasi yang baik membutuhkan keterampilan teknis, kognitif, interpersonal, dan etis dari perawat untuk memastikan asuhan keperawatan yang aman, berkualitas, dan berpusat pada pasien (Potter & Perry, 2021).

Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang melibatkan pengulangan kata atau frase singkat, dilakukan dengan duduk nyaman dan memusatkan perhatian pada kata tersebut untuk mencapai keadaan tenang. Secara garis besar, tata cara relaksasi Benson meliputi memilih kata/frasa singkat, duduk nyaman dengan mata terpejam, mengulang kata/frasa dalam hati, mengatur pernapasan, dan melakukannya selama 10-20 menit. (Townsend, 2020).

Instrumen untuk mengukur skala nyeri dalam penelitian ini menggunakan *Numeric Rating Scale*. Kriteria umum yang digunakan adalah *self-assessment* yang rutin dilakukan *post operasi* dengan menggunakan sistem penilaian skala angka 0-10 dimana 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri berat. Kunci utama untuk manajemen nyeri yang sukses yaitu penilaian ulang skala nyeri pasien secara teratur untuk meminimalkan kemungkinan manajemen nyeri yang tidak tepat (Wulandari, 2022).

e. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

S : Keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan.

O : Keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat

A : Setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

P : Setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan.

C. Evidence Base Practice (EBP)

1. Konsep Relaksasi Benson

a. Pengertian relaksasi Benson

Relaksasi Benson dijelaskan oleh Videbeck (2020) sebagai teknik relaksasi kognitif yang mengombinasikan pengulangan kata atau frasa singkat dengan sikap pasrah untuk mengurangi kecemasan dan stres.

b. Tujuan relaksasi Benson

Secara umum, tujuan utama pemberian relaksasi Benson adalah untuk menurunkan kecemasan, menurunkan stres, mencapai keadaan tenang dan nyaman, serta menurunkan respons fisiologis tubuh seperti ketegangan otot, tekanan darah, dan detak jantung yang meningkat akibat stres. Relaksasi Benson dapat

digunakan untuk mengurangi derajat nyeri secara tidak langsung melalui efek Relaksasi yang ditimbulkannya, seperti menurunkan kecemasan, ketegangan otot, dan meningkatkan kondisi relaks pada pasien. relaksasi Benson dapat membantu menurunkan persepsi nyeri dengan mengurangi kecemasan dan memberikan efek relaksasi pada otot (Townsend,2020).

c. Cara kerja relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang melibatkan pengulangan kata atau frasa singkat secara berulang, serta sikap pasif dan pernapasan dalam secara teratur. Teknik ini dapat membantu menurunkan tingkat nyeri melalui beberapa mekanisme. Pertama, relaksasi Benson mampu menurunkan kecemasan dan ketegangan otot yang seringkali memperberat persepsi nyeri (Kozier *et al.*, 2019). Kedua, kondisi relaks yang dicapai dalam relaksasi Benson dapat meningkatkan pelepasan endorfin, hormon alami tubuh yang berfungsi sebagai analgesik (Smeltzer & Bare, 2018). Ketiga, teknik ini membantu mengalihkan perhatian dari sensasi nyeri melalui fokus pada pengulangan kata atau frasa (Townsend, 2020). Keempat, relaksasi Benson dapat menurunkan respons stres seperti peningkatan denyut jantung dan tekanan darah yang dapat memperburuk nyeri (Nanda & Wais, 2019). Dengan demikian, relaksasi Benson memberikan efek penurunan nyeri secara tidak

langsung melalui kombinasi relaksasi fisik dan kognitif (Videbeck, 2020).

2. Jurnal Penerapan Relaksasi Benson

Jurnal-jurnal berikut membahas efektivitas relaksasi Benson dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien yang menjalani operasi hemoroid (hemoroidektomi) :

- a. Dwi Novrianda, dkk (2023) dengan judul "Efektivitas Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hemoroidektomi". Penelitian ini menggunakan desain quasi-eksperimental dengan pendekatan *pre-test* dan *post-test* dengan kelompok kontrol. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 30 orang, yang terbagi menjadi 15 orang pada kelompok intervensi dan 15 orang pada kelompok kontrol. Teknik analisis data yang digunakan adalah uji *Wilcoxon* dan uji *Mann-Whitney* dengan tingkat signifikansi 0,05. Kesimpulan dari penelitian ini adalah relaksasi Benson efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroidektomi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi.
- b. Rika Fatmawati, dkk (2021) dengan judul: "Pengaruh Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hemoroid". Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain pre-eksperimental menggunakan pendekatan *one group pre-test* dan *post-test*. Jumlah responden

dalam penelitian ini adalah 15 pasien post operasi hemoroid di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Yogyakarta. Analisis data menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test dengan tingkat signifikansi $p<0,05$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah relaksasi Benson berpengaruh dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid secara signifikan.

- c. Rini Nurhasanah, dkk (2020) dengan judul: "Efektivitas Teknik Relaksasi Benson dalam Menurunkan Nyeri pada Pasien Post Operasi Hemoroidektomi". Penelitian ini menggunakan desain quasi-eksperimental dengan pendekatan *non-equivalent control group design*. Total responden dalam penelitian ini adalah 40 pasien post operasi hemoroidektomi, yang terbagi menjadi 20 responden pada kelompok intervensi dan 20 responden pada kelompok kontrol. Analisis data menggunakan uji statistik *independent t-test* dan *paired t-test* dengan tingkat signifikansi $p<0,05$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah relaksasi Benson terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroidektomi dibandingkan dengan kelompok kontrol.