

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN.A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *POST OP HEMOROID* DI RUANG B1
RSPAL DR. RAMELAN
SURABAYA



Oleh :
ANDI PURNIWAN
NIM. 1921002

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *POST OP HEMOROID* DI RUANG B1
RSPAL DR.RAMELAN
SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

ANDI PURNIWAN

NIM. 1921002

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2022

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan *plagiat* sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan *plagiat* saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022

ANDI PURNIAWAN

NIM. 1921002

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Andi Purniawan

NIM : 1921002

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. A Dengan
Diagnosa Medis Hemoroid Di Ruang B1 RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya”

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya 24 Februari 2022

Pembimbing



Imroatul Farida, S.Kep., M.Kep
NIP.03.028

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Andi Purniawan
NIM : 1921002
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul KTI : “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. A Dengan
Diagnosa Medis Hemoroid Di RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah
Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Kamis, 24 Februari 2022

Bertempat di : Sekolah Tinggi Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

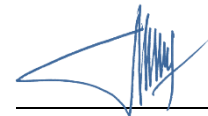
Penguji I : Iis Fatimawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03067



Penguji II : Nur Khamdanah, S.Kep., Ns
NIP.196709261989022002



Penguji III : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03028



Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA
Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes.
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Laut(K) dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Iis Fatmawati, S.Kep., M.Kep, selaku penguji I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Nur Khamdanah, S.Kep., Ns, selaku penguji II dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji III dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisan.
8. Orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga keberhasilan ini menjadikan manfaat bagi keluarga dan saudara.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andi Purniawan', with a stylized, cursive script.

Andi Purniawan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Akademisi	5
1.4.2 Dari Segi Praktisi, Tugas Akhir Ini Dapat Bermanfaat Bagi	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
1.6.1 Bagian Awal	6
1.6.2 Bagian Inti	7
1.6.3 Bagian Akhir	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Hemoroid.....	8
2.1.1 Pengertian Hemoroid.....	7
2.1.2 Etiologi Hemoroid	11
2.1.3 Manifestasi Klinik Hemoroid	11
2.1.4 Tanda dan Gejala Hemoroid.....	12
2.1.5 Patofisiologi Hemoroid.....	12
2.1.6 Diagnosa Banding Hemoroid	13
2.1.7 Komplikasi Hemoroid	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Hemoroid	14
2.1.9 Pencegahan Hemoroid.....	14
2.1.10 Penatalaksanaan Hemoroid	14
2.1.11 Dampak Masalah Hemoroid.....	15
2.2 Konsep Perioperatif	15
2.2.1 Definisi Keperawatan Perioperatif	15
2.2.2 Tahap – Tahap Keperawatan Perioperatif	16

2.2.3	Pengkajian Keperawatan Perioperatif	17
2.3	Konsep asuhan keperawatan	19
2.3.1	Pengkajian	19
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	23
2.3.3	Perencanaan Keperawatan	23
2.3.4	Pelaksanaan Keperawatan	35
2.3.5	Evaluasi Keperawatan	36
2.4	Kerangka Masalah	37
BAB 3 TINJAUAN KASUS		38
3.1	Pengkajian	38
3.1.1	Identitas	38
3.1.2	Keluhan Utama	38
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang	38
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu	39
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	39
3.1.6	Genogram	40
3.1.7	Riwayat Alergi	40
3.1.8	Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)	41
3.1.9	Pemeriksaan Penunjang	47
3.1.10	Penatalaksanaan	47
3.2	Analisa Data	48
3.3	Prioritas Masalah	50
3.4	Rencana Keperawatan	51
3.5	Tindakan dan Evaluasi Keperawatan	55
BAB 4 PEMBAHASAN		69
4.1	Pengkajian	69
4.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.3	Perencanaan Keperawatan	76
4.4	Pelaksanaan Keperawatan	78
4.5	Evaluasi Keperawatan	81
BAB 5 PENUTUP		83
5.1	Kesimpulan	83
5.2	Saran	85
DAFTAR PUSTAKA		86

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Perawatan Diri	45
Tabel 3.2 Daftar Laboratorium	47
Tabel 3.3 Daftar Obat	48
Tabel 3.4 Analisa Data	48
Tabel 3.5 Prioritas Masalah	50
Tabel 3.6 Rencana Keperawatan	51
Tabel 3.7 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Anorektum	11
Gambar 2.2 Kerangka Masalah	37
Gambar 3.1.6 Genogram.....	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPO Pemberian Obat.....	88
------------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

BAK	: Buag Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
C	: Celcius
IV	: Intra Vena
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muskular
Kg	: Kilo Gram
KH	: Kriteria Hasil
KRS	: Keluar Rumah Sakit
MK	: Masalah Keperawatan
ML	: Mili Liter
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
Tn	: Tuan
RM	: Rekam Medik
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
RS	: Rumah Sakit
S	: Suhu
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SOAP	: Subjektif, Obyektif, <i>Assesment, Planing</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda-Tanda Vital

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hemoroid merupakan pelebaran pembuluh darah di anus dari pleksus hemoroidalis akan menyebabkan ketidaknyamanan sehingga timbul pembengkakan yang biasa disebut wasir atau ambeien. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hemoroid diantaranya adalah konsumsi makanan yang rendah serat sehingga susah BAB dan perlu *effort* saat BAB, kurangnya konsumsi cairan, kebiasaan duduk terlalu lama dan juga karena faktor genetik. Hemoroid bisa terjadi perdarahan pada saat BAB yang mengakibatkan nyeri di sekitar anus dan jika kronis sampai menyebabkan anemia (Safyudin & Damayanti, 2017).

Masalah yang sering terjadi setelah post op hemoroidektomi banyak ditemukan adanya keluhan nyeri hebat yang dirasakan oleh pasien terutama pada saat melakukan aktifitas motorik rasa nyeri berasal dari anus daerah sekitar luka operasi, apabila terjadi aktivitas motorik maka nyeri yang dirasakan begitu hebat seperti disayat, aktivitas buang air besar harus dihentikan dulu beberapa hari 3 sampai 4 hari agar menjaga jahitan luka operasi 2 tidak rusak dan supaya tidak terjadi pendarahan hebat. Maka perlu setelah operasi post op hemoroidektomi pasien harus menjaga pola makan diharuskan beberapa hari memakan makanan dalam bentuk bubur dalam porsi yang sedang untuk beberapa hari (Goeteng & Purbalingga, 2018).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) memperkirakan bahwa angka kejadian hemoroid terjadi di seluruh Negara, dengan presentasi 54% mengalami gangguan hemoroid. Insiden hemoroid terjadi pada 13%-36% populasi umum di Inggris sedangkan di Amerika, 500.000 orang di diagnosa menderita

hemoroid setiap tahunnya. Berdasarkan data dari *The National Center Of Health Statistics* Di Amerika Serikat referensi hemoroid sekitar 4,4% & (Maulana Wicaksono, 2020). Berdasarkan data dari Kementrian Kesehatan di Indonesia pada tahun 2020 yang diperoleh dari rumah sakit di 33 provinsi terdapat 355 rata-rata kasus hemoroid, baik hemoroid eksternal maupun internal. Tingkat konsumsi sayuran rakyat indonesia termasuk yang paling rendah di dunia. Rakyat indonesia hanya mengkonsumsi 35 kilogram sayuran per kapita per tahun, angka itu jauh lebih rendah dengan angka konsumsi sayuran yang dianjurkan organisasi pangan dan pertanian yaitu 75 kilogram (Maulana & Wicaksono, 2020). Berdasarkan data dari departemen kesehatan Republik Indonesia jumlah pasien hemoroid sendiri terus bertambah yaitu pada angka 5,7% namun hanya 1,5% saja yang terdiagnosa (Yusmanedi & Mandala, 2014). Berdasarkan data yang didapat di Ruang B1 RSPAL dr.Ramelan Surabaya, penulis mendapatkan data mulai bulan Januari 2021 sampai bulan Januari 2022 didapatkan prevalensi pasien hemoroid mencapai angka kurang lebih 40% atau sekitar 53 pasien penderita kasus hemoroid dalam setahun.

Terjadinya hemoroid dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kehamilan, tekanan dalam perut yang besar, obesitas, obat-obat pencahar seperti supositoria, perubahan hormonal, kurang minum, diet rendah serat, usia menginjak 45 sampai dengan 65 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan yang banyak duduk, mengejan terlalu lama, konstipasi kronik, pelvic malignancy, PPOK dengan batuk kronis, diare kronis dan berbagai macam penyakit atau sindrom lainnya yang berdampak pada peningkatan tekanan vena pelvis (Safyudin & Damayanti, 2017). Hemoroid yang membesar secara perlahan – lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan prolaps, pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk lagi (Sudarsono, 2015).

Intervensi yang perlu dilakukan pada pasien hemoroid adalah memberikan asuhan keperawatan baik sebelum dan sesudah operasi. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya melakukan perawatan melalui upaya preventif, promotor, kuratif dan rehabilitif maka dari itu penulis tertarik membahas “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hemoroid di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan keperawatan hemoroid dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien hemoroid di Ruang B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan identifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu membuat perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu membuat intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan dianosa medis hemoroid di ruangan B1 SRPAL Dr.Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Berhubungan dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1.4.1 Akademik

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid

1.4.2 Dari segi praktis, tugas Karya Tulis Ilmiah ini akan bermanfaat bagi:

- a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa hemoroid dengan baik dan benar.

- b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan Karya Tulis Ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid.

c. Bagi profesi kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman asuhan keperawatan yang lebih baik terkait dengan pasien hemoroid.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan metode deskriptif, dimana penulisan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid di ruangan B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data ini diambil dialog dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim medis lainnya.

b. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lainnya.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku dan jurnal sumber referensi yang berhubungan dengan judul Karya Tulis Ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

1.6.1 Bagian Awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar dan daftar isi

1.6.2 Bagian Inti

Terdiri dari lima bab, masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah.

BAB 2: Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hemoroid, serta kerangka masalah.

BAB 3: Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian Akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hemoroid

2.1.1 Pengertian Hemoroid

Hemoroid atau lebih dikenal dengan nama wasir atau ambeien adalah keluarnya daging dari anus (dubur) karena buang air besar yang keras dan berulang-ulang dan sering kali disertai darah karena terluka. Hemoroid merupakan suatu penyakit yang berbahaya dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup seseorang (Safyudin & Damayanti, 2017).

Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di anus dari pleksus hemoroidalis. Hemoroid dibedakan menjadi dua bagian yaitu hemoroid eksterna dan hemoroid interna berdasarkan letaknya dari garis mukokutan (garis dentata). Hemoroid eksterna timbul dari pelebaran dan inflamasi vena subkutan (di bawah kulit) dibawah atau diluar garis dentate dan hemoroid interna timbul dari dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) di atas garis dentata. Hemoroid berhubungan dengan konstipasi kronis disertai penarikan feses (Pradiantini & Dinata, 2021)

2.1.2 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi

Bagian utama usus besar yang terakhir disebut sebagai rektum dan membentang dari kolon sigmoid hingga anus (muara ke bagian luar tubuh). Satu inci terakhir dari rektum disebut sebagai kanalis ani dan dilindungi oleh otot

sfingter ani eksternus dan internus. Panjang rektum dan kanalis ani adalah sekitar 15cm (5,9 inci). Usus besar secara klinis dibagi menjadi belahan kiri dan kanan berdasarkan pada suplai darah yang diterima. Arteria mesenterika superior mendarahi belahan kanan (sekum, kolon asendens, dan duapertiga proksimal kolon transversum) dan arteria mesenterika inferior mendarahi belahan kiri (sepertiga distal kolon transversum, kolon asendens, kolon sigmoid dan bagian proksimal rektum). Suplai darah tambahan ke rektum berasal dari arteri hemoroidalis media dan inferior yang dicabangkan dari arteria iliaka interna dan aorta abdominalis.

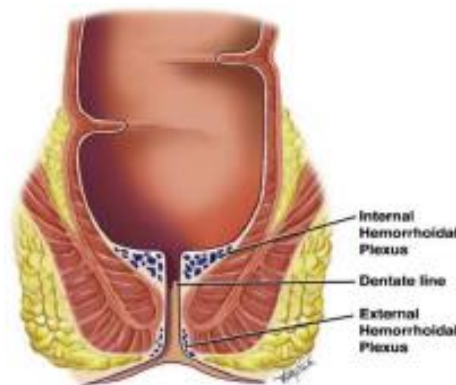
2. Fisiologi

Aliran balik vena dari kolon dan rektum superior adalah melalui vena mesenterika superior, vena mesenterika inferior, dan vena hemoroidalis superior (bagian sistem portal yang mengalirkan darah ke hati). Vena hemoroidalis media dan inferior mengalirkan darah ke vena iliaka sehingga merupakan bagian sirkulasi sistemik. Terdapat anastomosis antara vena hemoroidalis superior, media, dan inferior, sehingga tekanan portal yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya aliran balik ke dalam vena dan mengakibatkan hemoroid. Terdapat dua jenis peristaltik propulsif : (1) kontraksi lamban dan tidak teratur, berasal dari segmen proksimal dan bergerak ke depan, menyumbat beberapa haustra; dan (2) peristaltik massa, merupakan kontraksi yang melibatkan segmen kolon. Gerakan peristaltik ini menggerakkan massa feses ke depan, akhirnya merangsang defekasi. Kejadian ini timbul dua 10 sampai tiga kali sehari dan dirangsang oleh reflek gastrokolik setelah makan, terutama setelah makan yang pertama kali dimakan pada hari itu. Propulsi feses ke dalam rektum menyebabkan terjadinya

distensi dinding rektum dan merangsang refleks defekasi. Defekasi dikendalikan oleh sfingter ani eksterna dan interna. Sfingter interna dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sedangkan sfingter eksterna dikendalikan oleh sistem saraf voluntary. Refleks defekasi terintegrasi pada medula spinalis segmen sakral kedua dan keempat. Serabut parasimpatis mencapai rektum melalui saraf splanngikus panggul dan menyebabkan terjadinya kontraksi rektum dan relaksasi sfingter interna. Pada waktu rektum yang teregang berkontraksi, otot levator ani berelaksasi, sehingga menyebabkan sudut dan anulus anorektal menghilang. Otot sfingter interna dan eksterna berelaksasi pada waktu anus tertarik keatas melebihi tinggi masa feses. Defekasi dipercepat dengan tekanan intra abdomen yang meningkat akibat kontraksi voluntar otot dada dengan glotis yang tertutup, dan kontraksi otot abdomen secara terus-menerus (maneuver dan peregangan valsalva). Defekasi dapat dihambat oleh kontraksi voluntar otot sfingter eksterna dan levator ani. Dinding rektum secara bertahap menjadi relaks, dan keinginan defekasi menghilang. Rektum dan anus merupakan lokasi sebagian penyakit yang sering ditemukan pada manusia. Penyebab umum konstipasi adalah kegagalan pengosongan rektum saat terjadi peristaltik masa. Bila defekasi tidak sempurna, rektum menjadi relaks dan keinginan defekasi menghilang. Air tetap terus diabsorpsi dari massa feses, sehingga feses menjadi keras, dan menyebabkan lebih sukarnya defekasi selanjutnya. Bila massa feses yang keras ini terkumpul disatu tempat dan tidak dapat dikeluarkan, maka disebut sebagai impaksi feses. Tekanan pada feses yang berlebihan menyebabkan timbulnya kongesti vena hemoroidalis interna dan eksterna, dan hal ini merupakan salah satu penyebab hemoroid (vena varikosa rektum) (Pradiantini & Dinata, 2021).

2.1.3 Etiologi

Etiologi hemoroid disebabkan oleh diet rendah serat dan konstipasi (sembelit). Konstipasi kronis dan feses yang keras dapat mengakibatkan degenerasi jaringan pendukung di saluran anus dan pergeseran dari bantalan anal kanal. Mengejan terlalu lama, kehamilan dan asites juga berpengaruh terhadap etiologi hemoroid dan dapat berkontribusi terhadap dilatasi, pembengkakan, dan prolaps jaringan pembuluh darah hemoroid (Pradiantini & Dinata, 2021)



Gambar 2.1 Anorektum dengan hemoroid interna dan hemoroid eskterna (Pradiantini & Dinata, 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinik Hemoroid

Manifestasi Klinik pada hemoroid yaitu (Pradiantini & Dinata, 2021) :

1. Gangguan pada anus (nyeri, konstipasi, perdarahan)
2. Benjolan pada anus yang menetap pada hemoroid eksternal sedangkan pada hemoroid interna benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai gradasinya.
3. Terjadi anemia bila hemoroid mengalami perdarahan kronis.

4. Terdapat bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri.
5. Perdarahan per anus waktu bergerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengucur tanpa rasa nyeri.
6. Perasaan tidak nyaman (duduk terlalu lama dan tidak kuat berjalan lama).
7. Mengeluarkan cairan lendir yang menyebabkan perasaan isi rectum belum keluar semua.

2.1.5 Tanda dan Gejala Hemoroid

Tanda pada penderita hemoroid yaitu pendarahan yang disebabkan hemoroid interna akibatnya trauma oleh feses yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak bercampur dengan feses. Sedangkan gejala pada penderita hemoroid adalah terjadinya perdarahan lewat dubur, nyeri, pembengkakan atau penonjolan di daerah dubur, sekret atau keluar cairan melalui dubur, rasa tidak puas waktu buang air besar, dan rasa tidak nyaman pada daerah pantat (Nyoman *et al.*, 2021).

2.1.6 Patofisiologi Hemoroid

Hemoroid terjadi ketika jaringan pendukung bantal anal hancur atau memburuk. Terdapat tiga bantalan besar pada anal, terletak di anterior kanan, posterior kanan dan sebelah lateral kiri dari lubang anus, selain itu berbagai jumlah bantalan kecil yang terletak di antara keduanya. Hal ini meliputi dilatasi vena yang abnormal, trombosis pembuluh darah, proses degeneratif pada serat kolagen dan jaringan fibroelastik, distorsi dan pecahnya otot subepitel anal. Selain itu, rekasi inflamasi yang melibatkan dinding pembuluh darah dan jaringan ikat sekitarnya telah dibuktikan dalam spesimen hemoroid, terkait dengan ulserasi

mukosa, iskemia dan trombosis. Trombosis dalam hemoroid eksternal sebagai akibat pembekuan darah dalam vena hemoroid. Trombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat, mengejan (Sudarsono, 2015).

Pasien yang nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila pasien duduk saat defekasi. Trombosis pada hemoroid eksterna selalu diikuti oleh prolaps trombosis hemoroid interna. Umumnya perdarahan menjadi tanda pertama dari hemoroid interna akibat trauma oleh feses. Hemoroid yang membesar secara perlahan akhirnya menonjol keluar menyebabkan prolaps. Pada tahap awal, penonjolan ini hanya terjadi pada waktu defekasi dan disusul reduksi spontan setelah defekasi. Pada stadium yang lebih lanjut, hemoroid interna ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk kembali ke dalam anus. Pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk lagi (Sudarsono, 2015).

2.1.7 Diagnosa Banding

Hemoroid harus dibedakan dari (Notonegoro & Simadibrata, 2021) :

1. Karsinoma kolektrum
2. Penyakit Divertikel Kolon
3. Polip

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada hemoroid adalah (Sudarsono, 2015) :

1. Perdarahan
2. Trombosis
3. Prolaps

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis hemoroid adalah (Nyoman *et al.*, 2021) :

1. Anoskopi: pemeriksaan paling akurat dan paling mudah.
2. Sigmoidoskopi fleksibel atau koloniskopi: tidak akurat, namun dilakukan untuk menyingkirkan kanker.

2.1.10 Pencegahan

Pencegahan hemoroid dapat dilakukan dengan cara meminum air putih yang cukup, mengonsumsi sayuran dan buah-buahan, agar feses tidak keras. Dan banyak melakukan olah raga seperti jalan kaki, tidak duduk terlalu lama dan tidak berdiri terlalu lama (Sudarsono, 2015).

2.1.11 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus hemoroid ini dapat dilakukan dengan cara:

1. Terapi Non Farmakologi

Berupa perubahan diet, pola hidup, serta merubah posisi saat defakasi dan menghindari mengedan saat buang air besar (Notonegoro & Simadibrata, 2021).

2. Medikamentosa

Tujuan utama terapi medikamentosa adalah untuk mengendalikan gejala akut hemoroid dibandingkan mengobati keadaan yang mendasari (Astana & Nisa, 2018).

3. Tindakan Non-Operatif

Tindakan tanpa pembedahan hemoroid berupa ligase *rubeeer band*, skleroterapi, fotokoagulasi inframerah atau diatermi bipolar (Goeteng & Purbalingga, 2018).

4. Terapi Operatif

Tindakan ini dilakukan apabila hemoroid menimbulkan komplikasi dan menggunakan proktoskopi khusus dengan probe Doppler dan lampu untuk mengidentifikasi arteri dan jahitan ligasi (marishta monicha putri, 2019).

2.1.12 Dampak Masalah

Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk permasalahan pada penyakit hemoroid ini adalah (Goeteng & Purbalingga, 2018) :

1. Sembelit berkepanjangan (kronis) akibat kekurangan asupan serat dari makanan.
2. Diare berkepanjangan.
3. Obesitas atau kelebihan berat badan.
4. Bertambah usia, apabila usia semakin tua jaringan penopang tubuhnya semakin lemah. Kondisi ini bisa meningkatkan resiko hemoroid.
5. Hamil. Kondisi ini dapat meningkatkan tekanan pada pembuluh darah pada daerah panggul.
6. Terlalu sering duduk dalam waktu yang lama.
7. Sering mengangkat beban berat.

2.2 Konsep Keperawatan Perioperatif

2.2.1 Definisi Keperawatan Perioperatif

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 (Ediyanto, 2019).

Keperawatan perioperatif merupakan bagian dari ilmu medis yang tidak lepas dari ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Ediyanto, 2019).

2.2.2 Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif terbagi atas beberapa tahap yang saling berkesinambungan, tahap tersebut terdiri dari tahap praoperatif, intraoperatif, dan pasca operatif (Rohmani et al., 2018).

1. Tahap Praoperatif

Fase perioperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. Praoperasi bisa dimulai sejak pasien berada dibagian rawap inap, poliklinik, bagian bedah sehati, atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan kamar operasi oleh perawat praoperatif.

2. Tahap Intraoperatif

Fase intraoperatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar

3. Tahap Pascaoperatif

Pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

2.2.3 Pengkajian Keperawatan Perioperatif

Pengkajian dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Ediyanto, 2019).

1. 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.

Pengkajian praoperatif pada kondisi klinik terbagi atas 2 bagian yaitu: pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawat inap, poliklinik, dan unit gawat darurat, pengkajian klarifikasi

ringkas dilakukan oleh perawat perioperatif di kamar operasi (Ediyanto, 2019). Pengkajian praoperatif 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 diagnostik meliputi: pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan *echocardiography*.

2. 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 (Ediyanto, 2019). Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi:

- a. validasi identitas
- b. proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan,
- c. konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

3. Pengkajian pasca operatif

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

- a. Pengkajian respirasi
- b. Pengkajian sirkulasi
- c. suhu tubuh
- d. kondisi luka
- e. nyeri
- f. gastrointestinal
- g. genitourinar
- h. cairan dan elektrolit
- i. dan keamanan peralatan (Ediyanto, 2019).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah aktifitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Koerniawan et al., 2020).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kepada pasien (Mangole et al., 2015).

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (initial assessment), selama klien dirawat secara terus – menerus (ongoing assessment), serta pengkajian ulang untuk menambah/melengkapi data (Koerniawan et al., 2020)

a. Identitas

Nama klien, alamat, umur, jenis kelamin, agama, status, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan bahasa yang sering digunakan (Koerniawan et al., 2020).

b. Keluhan utama

Pada pasien post operasi hemoroid akan mengeluh nyeri pada anus terutama saat defekasi (Goeteng & Purbalingga, 2018)

c. Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit yang dulu apakah klien pernah mengalami faktor yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya. Riwayat peradangan pada anus, dan riwayat diet rendah serat. Pasien juga

dinyatakan apakah pernah menggunakan obat tertentu untuk pengobatan hemoroid sebelumnya (Goeteng & Purbalingga, 2018).

d. Pemeriksaan fisik

1). Pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan tahap klinik hemoroid. Pada survei umum bisa terlihat sakit ringan sampai lemah atau kelelahan. TTV bisa normal atau mungkin didapatkan perubahan, seperti hipertermi, takikardia, hipotensi, atau peningkatan frekuensi napas yang berhubungan dengan inflamasi sistemik (Goeteng & Purbalingga, 2018).

2). Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidak nya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis (Goeteng & Purbalingga, 2018).

3). Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, oedem, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan (Goeteng & Purbalingga, 2018).

4). Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada tidaknya

nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi : bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan (mata, pupil, refleks, konjuntiva anemis, tidak adanya gangguan, sclera anikhterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanya penggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula simetris dan tidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa) (Koerniawan et al., 2020).

5). Perkemihan (B4 : *Blader*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urin SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien (Koerniawan et al., 2020).

6). Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membrane mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, tidak ada kelainan abdomen,hepar,lien, tidak ada nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi (Goeteng & Purbalingga, 2018).

7). Muskuluskeletal dan integument (B6 : Bone)

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada (Goeteng & Purbalingga, 2018).

8). Kemampuan perawatan diri

Meliputi kemampuan mandi, berpakaian, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, alat bantu, kemampuan berjalan, naik tangga, berbelanja, berpindah (Koerniawan et al., 2020).

2. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Mangole et al., 2015).

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Pada proses keperawatan terdapat 6 diagnosis keperawatan yaitu : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- a. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- d. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan.

- e. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan 1 :

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

- 1. Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 maka tingkat nyeri menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

- 2. Kriteria Hasil :

Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

3. Intervensi :

a). Manajemen Nyeri

1). Observasi

Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor hasil terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Teraupetik

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal, TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin dan terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan (penyebab, periode dan pemicu) nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4). Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

b). Pemberian Analgesik

1). Observasi

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 analgesik, monitor efektifitas analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2). Terapeutik

Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analisa optimal (jika perlu), pertimbangkan penggunaan infus kontinu atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum, tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4). Kolaborasi

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

b. Diagnosa keperawatan 2 :

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, kurang control tidur, kurang privasi, *restrain* fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi 3x24 maka status pola tidur diharapkan membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2. Kriteria Hasil :

Keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

3. Intervensi :

a). Dukungan Tidur

1). Observasi

Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi factor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2). Teraupetik

Modifikasi lingkungan, fasilitasi penghilang stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

b). Edukasi Aktivitas/Istirahat

1). Observasi

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terapeutik

Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat, jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin, anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya, anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

c. Diagnosa Keperawatan 3 :

Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam maka tingkat infeksi diharapkan menurun (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Kriteria Hasil :

Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, sputum berwarna hijau menurun, drainase purulen menurun, piuna menurun, periode malaise menurun, periode menggigil menurun, lelargi menurun, gangguan kognitif menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urine membaik, kultur sputum membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

3. Intervensi :

a). Manajemen Imunisasi/Vaksinasi

1). Observasi

Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi, identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya atau sakit parah dengan atau tanpa demam), identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terpeutik :

Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral, dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa), jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

3). Edukasi :

Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, efek samping, informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertussis, H.influenza, polio, campak, measles, rubella), informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus), informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

b). Pencegahan Infeksi

1). Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

3). Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4). Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

d. Diagnosa Keperawatan 4 :

Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, kehilangan cairan secara aktif, gangguan absorbs cairan, usia lanjut, kelebihan berat badan, status hipermetabolik, kegagalan mekanisme regulasi, evaporasi, efek agen farmakologis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka status cairan diharapkan membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2. Kriteria Hasil :

Kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, ortopnea menurun, dispnea menurun, edema anasarka menurun, edema perifer menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, membrane mukosa membaik, kadar Hb membaik, kadar Ht membaik, suhu tubuh membaik, intake cairan membaik, status mental membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

3. Intervensi :

a). Manajemen Hipovolemia

1). Observasi

Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urun menurun,

hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terapeutik

Hitung kebutuhan cairan, berikan posisi *modified Trendelenburg*, berikan asupan cairan oral (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

3). Edukasi

Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral, anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

4). Kolaborasi

Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCL. RL), kolaborasi pemberiaan cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCL 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

b). Pemantauan Cairan

1). Observasi

Monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi nafas, monitor tekanan darah, monitor berat badan, monitor waktu pengisian kapiler, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor jumlah, warna dan berat jenis urine, monitor intake dan output cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terapeutik

Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi

intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, *jika perlu* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

e. Diagnosa Keperawatan 5 :

Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, disfungsi sitem keluarga, hubungan orangtua-anak tidak memuaskan, penyalahgunaan zat, kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat ansietas diharapkan menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

2. Kriteria Hasil :

Verbilitsasi kebingungan menurun, verbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

3. Intervensi :

a). Reduksi Ansietas

1). Observasi

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2). Terapeutik

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan*, pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

3). Edukasi

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4). Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat antlansietas, *jika perlu* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

b). Terapi Relaksasi

1). Observasi

Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidaknyamanan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan, monitor respons terhadap terapi relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2). Terapeutik

Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, *jika memungkinkan*, berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian longgar, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, *jika sesuai* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3). Edukasi

Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif), jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien

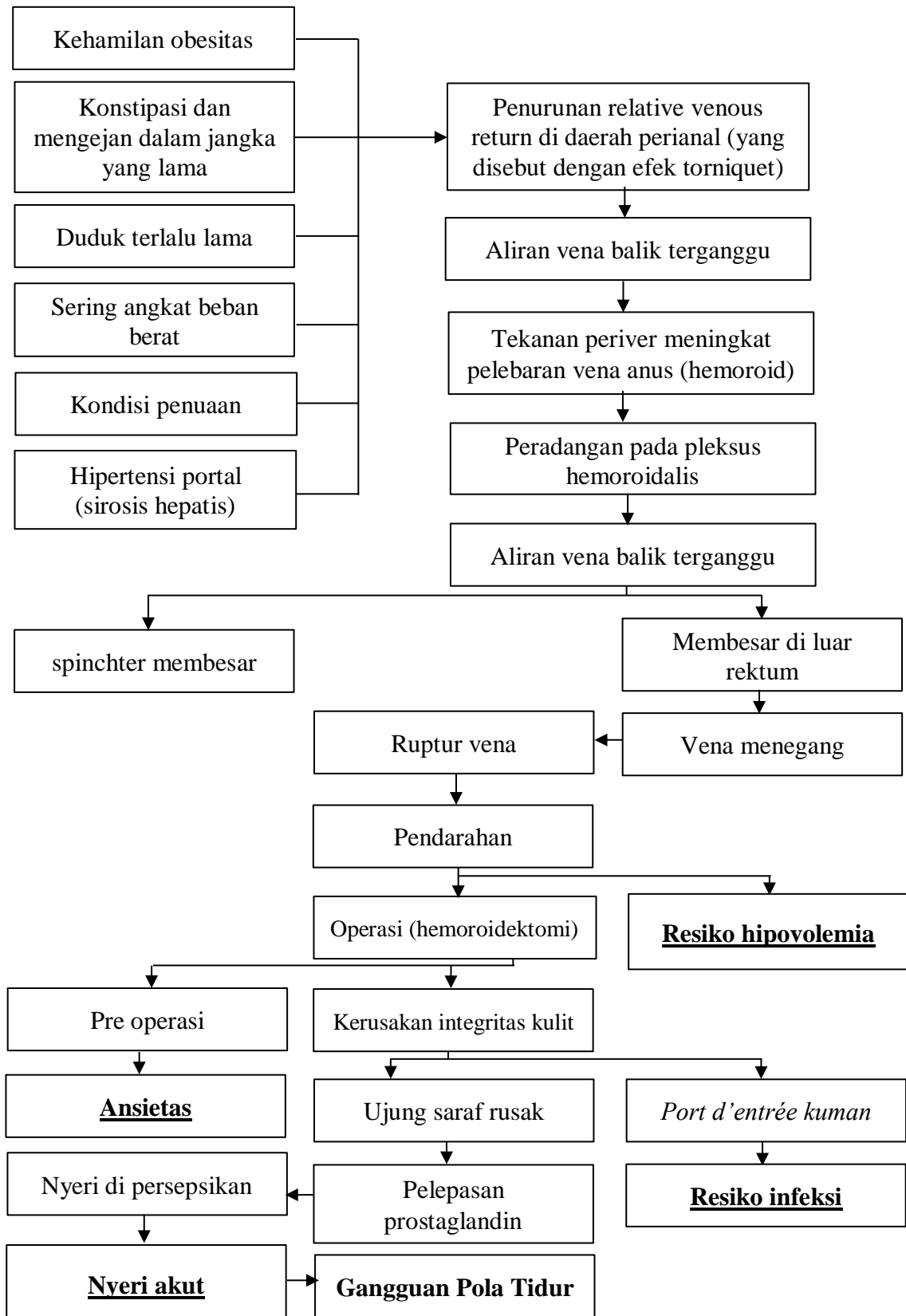
1. Mengajarkan pasien tentang manajemen nyeri, terapi diet, perawatan luka insisi, pembatasan aktivitas dan perawatan kesehatan tindak lanjut.
2. Mengingatkan pasien untuk minum obat-obatan harian yang diperlukan untuk proses penyembuhan.
3. Memberi tahu pasien untuk melakukan diet rendah lemak dan menghindari makanan berlemak tinggi seperti susu, gorengan, alpukat, mentega dan coklat.

4. Mengajarkan pasien cara perawatan diri di rumah dan semua hal yang diperlukan untuk perawatan di rumah.
5. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang potensi terjadinya hemoroid. memberikan instruksi, termasuk perawatan lanjutan, tanda-tanda dan kekurangan gizi, infeksi, dan perawatan selanjutnya (Mangole et al., 2015)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah nyeri terkontrol atau teradaptasi, informasi kesehatan terpenuhi, intake nutrisi adekuat, pola napas efektif, cairan dan elektrolit seimbang, tidak terjadi infeksi pascabedah, suhu tubuh normal, penurunan tingkat kecemasan (Mangole et al., 2015).

2.4 Kerangka Masalah



Gambar 2.2 Kerangka Masalah Hemoroid (Nurarif, 2016)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien hemoroid, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 19 Januari 2022 sampai dengan 21 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 19 Januari 2022 pukul 19.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dengan file No.Register 68.46.XX sebagai berikut.

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien seorang laki-laki Bernama Tn. A berusia 18 tahun, beragama Islam, Bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia, status perkawinan belum menikah, pasien tinggal di Sumenep, penanggung jawab PBJS, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 10.48 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Nyeri luka di anus karena bekas operasi

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan 3 bulan lalu merasa nyeri saat melakukan BAB, dan merasa ada benjolan di dalam anus. Pada tanggal 26/12/2021 pasien melakukan medical check up di RSPAL dr.Ramelan dan di dapatkan hasil hemoroid tetapi masih belum aktif. Pada tanggal 3/01/2022 pasien kontrol ke poli dan disarankan oleh dokter untuk segera melakukan operasi. Pada tanggal 17/01/2022 pasien MRS di RSPAL dr.Ramelan melalui poli bedah digestive, lalu pindah ke ruang B1 pada

pukul 10.48 WIB. Pasien melaksanakan operasi pada tanggal 19/01/2022. Saat pengkajian, pasien mengeluh nyeri luka bekas operasi pada bagian rectum, pasien mengeluh susah tidur dan merasa tidak nyaman dengan P=Nyeri luka bekas operasi, Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk, R= Rektum, S=5 (1-10), T=Terus menerus

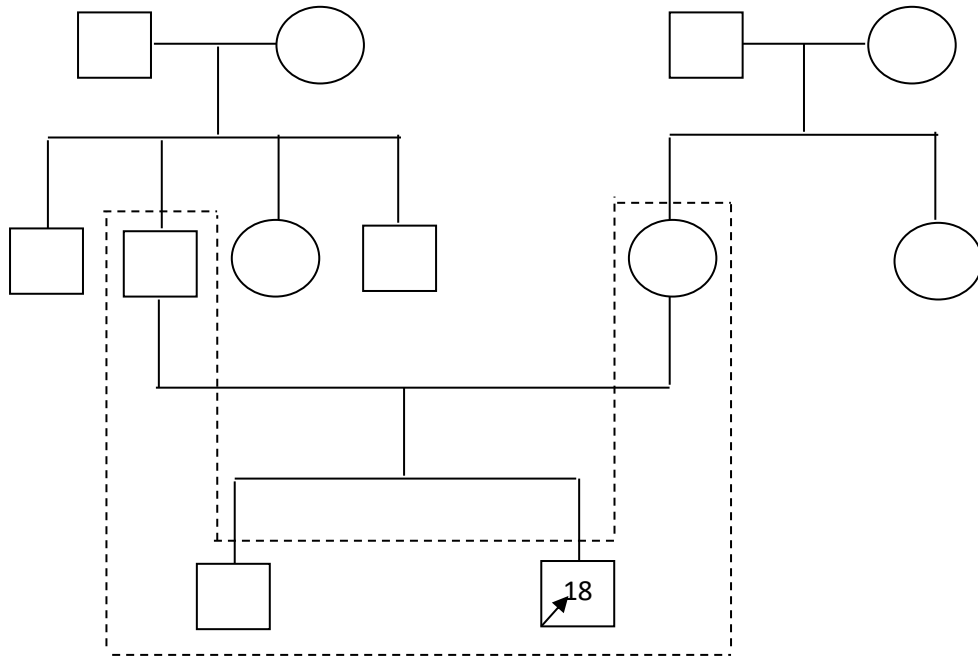
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit turunan dan menular pada keluarganya seperti hipertensi, diabetes, tuberculosis, hepatitis, dan covid 19.

3.1.6 Genogram



Keterangan :

□ : Laki- laki

○ : Perempuan

X : Meninggal

↗ : Pasien

---- : Tinggal satu tempat

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat.

3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/76 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36°C, *respiratori rate* 20x/menit, antropometri pasien didapatkan data tinggi badan 166 cm, berat badan sebelum sakit 55 kg, berat badan setelah sakit 53 kg.

1. B1 Pernafasan (Breath)

Inspeksi : bentuk dinding dada klien adalah normochest, irama pernapasan regular, pergerakan dinding dada simetris, retraksi interkostal tidak ada, RR = 20x/menit, pola nafas eupnea, tidak ada keluhan batuk maupun sesak nafas.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, fremitus vokal teraba.

Perkusi : suara perkusi paru adalah sonor.

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.

2. B2 Kardiovaskuler (Blood)

Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis.

Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavicula sinistra, nyeri dada tidak ada, akral hangat, kering, merah.

CRT:

ex.atas dextra < 2 detik	< 2 detik ex.atas sinistra
ex.bawah dextra > 2 detik	< 2 detik ex.bawah sinistra

Akral : ex.atas dextra HKM	HKM ex.atas sinistra
ex.bawah dextra HKM	HKM ex.bawah sinistra

Auskultasi : bunyi jantung S1S2 tunggal, irama jantung regular.

3. B3 Persarafan (Brain)

- a. GCS : 4E 5V 6M
- b. Refleks fisiologi : Biceps normal, Triceps normal, Patella normal
- c. Refleks patologis : Kaku Kuduk negative, Bruzinski .I. negative, Bruzinski II negative, Kernig negatif
- d. 12 Nervus Kranial :
 - 1) NI : normal, tidak ada gangguan penciuman
 - 2) NII : penglihatan kabur
 - 3) NIII : reaksi cahaya langsung positif
 - 4) NIV : reflek akomodasi positif
 - 5) NV : normal, kontraksi otot kuat
 - 6) NVI : normal, pergerakan bola mata lancar
 - 7) NVII : normal, sensorik dan motorik berfungsi dengan baik
 - 8) NVIII : normal, suara terdengar sama keras antara kiri dan kanan
 - 9) NIX : normal, otot-otot faring berkontraksi
 - 10) NX : normal, palatum mole simetris
 - 11) NXI : normal, atrofi otot sternocleidomastoideus
 - 12) NXII : normal, lidah menonjol keluar dan terletak di garis tengah.
- e. Nyeri Kepala : tidak ada
- f. Paralisis : tidak ada

g. Penciuman

Inspeksi : Bentuk hidung normal, septum normal terletak persis ditengah memisahkan bagian kiri dan kanan hidung menjadi dua saluran dengan ukuran yang sama, tidak ada polip, tidak ada kelainan.

h. Wajah & Penglihatan

Inspeksi : Mata simetris kiri dan kanan, penglihatan buram, pupil isokor, refleks normal (membesar ketika berada ditempat gelap atau mengecil ketika terkena cahaya, konjungtiva anemis, tidak ada gangguan, sklera anikhterik.

i. Pendengaran

Inspeksi : Telinga simetris kiri dan kanan, tidak ada kelainan, tidak ada serumen, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran.

Palpasi : tidak ada benjolan di telinga.

j. Lidah

Inspeksi : tidak ada beslag, uvula tidak radang dan simetris, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa.

4. B4 Perkemihan (Bladder)

Inspeksi : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan alat genetalia dalam keadaan bersih, eliminasi urin SMRS pasien mengatakan frekuensi 8-10x/hari, tidak ada keluhan. Eliminasi urin MRS 6-8x/hari jumlah ± 1600 cc dengan karakteristik kuning jernih, bau khas. Tidak terpasang alat bantu.

Palpasi : Tidak ada distensi kandung kemih.

5. B5 Bowel/Pencernaan

Inspeksi : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan mulut bersih, membran mukosa lembab, gigi pasien lengkap dan tidak ada gigi palsu. Diit SMRS makan 3x/hari 1 porsi habis, diit nasi, sayur, lauk. Minum 8 gelas per hari jenis air putih. Diit MRS, diit makan 3x/hari 1 porsi habis, jenis minum air putih, jumlah \pm 1500 cc/hari, pasien terpasang infuse futrolit 500 ml, selama di RS pasien belum BAB, tidak ada kelainan abdomen. Terdapat nyeri pada pada anus setelah dilakukan tindakan operasi hemoroidektomi dan terpasang tampon.

Auskultasi : Bising usus 15 x/menit

Palpasi : Tidak ada pembesaran hepar dan pasien nyeri di anus Eliminasi alvi SMRS 1-2x/hari, konsistensi padat dan lunak, warna kuning kecoklatan. Eliminasi alvi MRS belum BAB.

6. B6 Bone/Muskuloskeletal

Inspeksi : Pada saat pengkajian didapatkan rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan, atau luka pada kulit kepala , kulit kepala bersih, turgor kulit baik, pasien terpasang infuse di punggung tangan kanan, tulang kuat, tidak ada kelainan jaringan, ROM bebas, nyeri pada anus saat gerak, pasien cemas saat melakukan gerak, tidak ada sianosis, warna kulit sawo matang, tidak ada fraktur, pasien hanya tirah baring, terdapat luka pada post operasi hemoroidektomi dan kulit sekitar luka kemerahan dan bengkak

Kekuatan Otot :

5555	5555
5555	5555

7. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia.

8. Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Perawatan Diri

	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/dandan	1	3
Toileting/eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Berpindah	1	3
Berjalan	1	3
Naik tangga	1	3
Berbelanja	1	3
Memasak	1	4
Pemeliharaan rumah	1	4

Keterangan :

- 1: Mandiri
- 2: Alat bantu
- 3: Dibantu orang lain dan alat
- 4: Tergantung/ tdk mampu

9. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu. Setelah MRS pasien diseka 1x sehari, pasien gosok gigi 1x sehari, selama sakit pasien belum keramas dan memotong kuku.

10. Istirahat-Tidur

Sebelum sakit pasien tidur \pm 10 jam/hari, (malam: 21.00 – 05.00 WIB, siang: 14.00 – 16.00 WIB). Setelah sakit pasien juga tidur \pm 6 jam/hari, (malam: 23.00 – 03.30 WIB, siang: 14.30 – 16.00 WIB), pasien

mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena menahan nyeri dan gangguan lampu ruangan yang terlalu terang bagi pasien. Pasien mengeluh sulit tidur, pola tidur pasien berubah, pasien tidak puas dengan tidurnya, pasien gelisah menahan nyeri, pasien mengeluh lesu karena istirahat tidak cukup.

11. Kognitif Perceptual-Psiko-Sosio-Spiritual

a. Persepsi terhadap sehat sakit

Pasien menyadari bahwa penyakitnya ini adalah ujian dari Allah, pasien selalu berdoa dan akan berusaha mematuhi setiap pengobatan agar lekas sembuh. Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu benar-benar sangat berharga.

b. Konsep diri

Harga diri pasien semakin bertambah karena keluarga selalu member dukung dan motivasi, pasien ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga, pasien mengatakan menyadari identitasnya sebagai seorang anak remaja usia 18 tahun. Kemampuan bicara pasien normal, bahasa sehari-hari yang digunakan adalah bahasa Indonesia, aktivitas sehari-hari sebelum MRS pelajar dan olahraga, sebelum MRS sebulan sekali pasien jalan-jalan dengan keluarga, untuk rekreasi sebelum MRS pasien tidak pernah melakukan olahraga, sistem pendukung pasien dari orangtua dan saudara, selama di rumah sakit pasien tetap berdoa supaya cepat sembuh.

3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Hasil laboratorim tanggal 10 Januari 2022

Tabel 3.2 Daftar Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Nilai Normal (satuan)
1	Leukosit	5.33	4.00 – 10.00
2	Hemoglobin	14.30	13 – 17
3	Hematokrit	41.70	40.0 – 54.0
4	Eritrosit	6.08	4.00 – 5.50
5	Trombosit	372.00	150 – 450
6	SGOT	19	0 – 50
7	SGPT	9	0 – 50
8	Albumin	4.98	3.50 – 5.20
9	GDA	99	74 – 106
10	Kreatin	0.72	0.6 – 1.5
11	BUN	6	10 – 24
12	Natrium	138.1	135 – 147
13	Kalium	4.37	3.0 – 5.0
14	Clorida	106.2	95 – 105

2. Photo Thorax

Tanggal pemeriksaan : 11 Januari 2022

Hasil cor bentuk besar normal, pulmo Infiltrat Perselubungan negatif, sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam, diaphragma kanan kiri baik, tulang tulang baik

Kesimpulan : Cor dan pulmo baik

3.1.10 Penatalaksanaan

1. Terapi

Pada tanggal 19 – 21 Januari 2022

Tabel 3.3 Daftar Obat

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Lactulac syr	3x60ml	Per oral	Mengatasi konstipasi akut atau sembelit
2	Ondancetron	2x8mg	Per oral	Pencegahan mual dan muntah
3	Ketorolac	3x30mg	IV/inj	Meredakan nyeri dan peradangan
4	Omeprazole	1x40mg	IV/inj	Mengatasi gangguan lambung
5	Futrolit inf	500ml	Inf	1.Mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit pada sebelum, selama, dan sesudah operasi 2.Mengatasi kondisi dimana sejumlah cairan dan sodium tubuh hilang dalam jumlah yang seimbang (dehidrasi isotonic) dan kehilangan cairan yang berada di luar sel (cairan ekstraseluler)
6	Infusan NS	500ml	Inf	Mengganti elektrolit dan cairan yang hilang di intravaskuler
7	Cinam	2x1gr	IV/inj	Mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri
8	Fleet Enema	1x133ml	Per oral	Meringankan gangguan sembelit yang datang sewaktu-waktu dan sebagai pencakar sebelum pemeriksaan rektal

2. Tindakan lain :

Tidak ada tindakan lain

3.2 Analisis Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data (Symptom)	Penyebab(Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	DS : Pasien mengeluh nyeri P=Nyeri luka bekas operasi Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk R= Rektum	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut

	<p>S=5 (1-10) T=Terus menerus</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Kesadaran Compos mentis 5. TTV : <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/76 mmHg -Nadi: 80x/menit -RR: 20x/menit -Suhu: 36⁰C 		
2.	<p>DS : -</p> <p>DO : -</p>	Efek Prosedur invasif	Resiko Infeksi
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak 2. Pasien mengatakan terganggu lampu ruangan yang terlalu terang <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sering terjaga 2. Pola tidur berubah 	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur
4.	<p>DS : -</p> <p>DO : -</p>	Kehilangan cairan secara aktif	Resiko Hipovolemia

5.	DS : Merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi DO : 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Muka tampak pucat 4. Sulit tidur	Kurang terpapar informasi	Ansietas
----	--	---------------------------	----------

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.5 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri Akut	19 Januari 2022	Teratasi Sebagian 21 Januari 2022	
2	Resiko Infeksi	19 Januari 2022	Teratasi Sebagian 21 Januari 2022	
3	Gangguan pola tidur	19 Januari 2022	Teratasi Sebagian 21 Januari 2022	

3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

No.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik	<p>Luaran Utama : Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah diberikan intervensi selama 3x24 jam, maka nyeri menurun, dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun (skor 5) Meringis menurun (skor 5) Gelisah menurun (skor 5) Sikap protektif menurun (skor 5) Skala nyeri menurun (dari skor 5 menjadi 0) 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) Berikan obat sesuai hasil kolaborasi ketorolac 3x30 mg secara iv 	<p>Obsevasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengetahui lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi yang dirasakan serta faktor pencetus Untuk mengetahui skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengurangi rasa nyeri (merangsang tubuh untuk menghasilkan hormone endorphin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang ada pada luka) Untuk mengurangi rasa nyeri (merangsang tubuh untuk menghasilkan hormone endorphin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang ada pada luka) <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Untuk mengurangi rasa nyeri (merangsang tubuh untuk menghasilkan hormone endorphin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang ada pada luka)

				<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengurangi rasa nyeri (merangsang tubuh untuk menghasilkan hormone endorphin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang ada pada luka)
2.	<p>Resiko infeksi Faktor resiko : Efek prosedur invasif</p>	<p>Luaran utama : Tingkat infeksi</p> <p>Setelah diberikan intervensi selama 3x24 jam, maka pasien tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kemerahan menurun (skor 5) b. Nyeri menurun (skor 5) c. Bengkak menurun (skor 5) 	<p>Intervensi utama : Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan perawatan kulit pada area edema b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mencegah infeksi pada area edema b. Untuk menghindari infeksi c. Untuk mencegah infeksi (mencegah mikroorganisme dan agen perusak lain masuk dalam jaringan tubuh) <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi b. Agar pasien tetap terhidrasi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk mencegah nyeri (merangsang tubuh untuk menghasilkan hormone endorphin untuk menghambat transmisi impuls nyeri ke otak dan dapat menurunkan sensasi terhadap nyeri yang ada pada luka)

			<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Jelaskan tanda dan gejala infeksib. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kolaborasi pemberian obat cinam sanbe 2x1gr secara iv sesuai resep dokter	
--	--	--	---	--

3.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (SDKI, D.0055, hal. 126)</p>	<p>Luaran utama : Pola tidur</p> <p>Setelah diberikan intervensi selama 3x24 jam, maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluhan sulit tidur menurun (skor 1) b. Keluhan sering terjaga menurun (skor 1) c. Keluhan tidak puas tidur menurun (skor 1) d. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (skor 1) 	<p>Intervensi utama : Dukungan tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Modifikasi lingkungan b. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk mengetahui keluhan sulit tidur b. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman b. Untuk mengetahui langkah-langkah meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Agar pasien mengetahui manfaat tidur selama sakit b. Agar pasien terbiasa tidur di jam yang dianjurkan
----	--	--	--	--

3.5 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	19/01/2022 Dinas Siang 16.00 16.15 17.00 18.00	Mengobservasi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Lokasi di anus kemerahan bengkak - Nyeri terus menerus 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : - Skala nyeri 5 Terapeutik : 3. mengajarkan dan memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam) Hasil : - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan Teknik Tarik nafas dalam 4. memberikan obat ketorolac 30 mg secara intravena sesuai kolaborasi medik	AP	19/01/2022 Dinas Siang 21.00	Dx 1 : Nyeri Akut S : -Pasien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi operasi P=Nyeri luka bekas operasi Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk R= Rektum S=5 (1-10) T=terus menerus O : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - Pasien tampak sulit tidur - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan teknik tarik nafas dalam - Pasien mematuhi pengobatan dari dokter dan perawat TD = 120/76 mmHg N = 80x/menit S = 36 ⁰ C RR = 20x/menit - Pasien terpasang infus futrolit 500ml	AP

		<p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mematuhi pengobatan dari dokter dan perawat 			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan sampai pasien pulih</p>	
2.	<p>19/01/2022 Dinas Siang 16.03</p> <p>16.14</p> <p>17.15</p>	<p>Mengobservasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anus kemerahan dan bengkak <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memberikan perawatan kulit pada area edema <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada rembesan cairan pada perban <ol style="list-style-type: none"> 3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 		<p>19/01/2022 Dinas Siang 20.55</p>	<p>Dx 2 : Risiko Infeksi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anus kemerahan dan bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada rembesan cairan pada perban -Anus kemerahan dan bengkak -Pasien tampak gelisah -Terpasang infus futrolit 500ml 7tpm -Sudah cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien -Sudah melaksanakan teknik steril -Pasien memahami penjelasan dari perawat mengenai tanda dan gejala infeksi -Pasien mendapatkan cinam 1gr secara intravena <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-7 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	

	18.15	<p>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>Hasil :</p> <p>-Sudah melaksanakan teknik steril</p>				
	19.05	<p>Mengedukasi :</p> <p>5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil :</p> <p>-Pasien memahami penjelasan dari perawat mengenai tanda dan gejala infeksi</p>				
	19.45	<p>6. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>-Pasien mengatakan “iya”</p>				
	20.05	<p>Mengkolaborasi :</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian obat cinam 1gr secara intravena sesuai resep dokter</p> <p>Hasil :</p> <p>-Pasien sudah mendapatkan cinam 2x1gr secara intravena</p>				

3.	<p>19/01/2022 Dinas Siang</p> <p>14.35</p> <p>15.30</p> <p>17.03</p> <p>18.36</p> <p>20.30</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sering terjaga <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien merasa masih nyeri karena luka bekas operasi <p>Terapeutik :</p> <p>3. Modifikasi lingkungan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut <p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mau mendengarkan saran dari perawat <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien memahami penjelasan dari perawat 		<p>19/01/2022 Dinas Siang 20.00</p>	<p>Dx 3 : Gangguan Pola Tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering terjaga - Pasien mengatakan masih merasa nyeri di luka bekas operasi - Pasien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena menahan nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sulit tidur - Pasien tampak tidak rileks - Terpasang infus futrolit 500ml - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut - Pasien mendengarkan saran dari perawat - Pasien memahami penjelasan dari perawat <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	
----	--	---	--	---	--	--

1.	<p>20/01/2022 Dinas Pagi 08.00</p> <p>09.15</p> <p>09.20</p> <p>09.30</p> <p>09.35</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokasi di anus kemerahan bengkak - Nyeri terus menerus <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 <p>Terapeutik :</p> <p>3. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam)</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan teknik tarik nafas dalam <p>4. memberikan obat ketorolac 30 mg secara intravena</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mematuhi pengobatan dari dokter dan perawat <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi</p>		<p>20/01/2022 Dinas pagi 14.00</p>	<p>Dx 1 : Nyeri Akut</p> <p>S : Pasien mengatakan masih nyeri lukabekas operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> P=Nyeri luka bekas operasi Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk R= Rektum S=4 (1-10) T=terus menerus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan teknik nafas dalam TD = 125/80 mmHg N = 82x/menit S = 36.3^oC RR = 20x/menit - Pasien terpasang infus futrolit 500ml -Pasien mematuhi pengobatan dari dokter dan perawat - Pasien memahami penjelasan dari perawat tentang teknik nafas dalam <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan sampai pasien pulih</p>	
----	--	--	--	--	--	--

		<p>rasa nyeri (Relaksasi nafas dalam, distraksi) Hasil : - Pasien memahami penjelasan dari perawat tentang teknik nafas dalam</p> <p>09.40 Mengkolaborasi : 1. Mengkolaborasi pemberian ketorolac 30mg secara intravena sesuai dengan resep dokter Hasil : - Pasien sudah diberikan ketorolac 30mg secara intravena</p>			
2	<p>20/01/2022 Dinas pagi 09.46</p> <p>09.55</p>	<p>Mengobservasi : 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil : -Anus kemerahan dan bengkak</p> <p>Terapeutik : 2. Memberikan perawatan kulit pada area edema Hasil : - Tidak ada rembesan cairan pada perban</p>		<p>20/01/2022 Dinas pagi 14.05</p>	<p>Dx 2 : Risiko Infeksi S : - Anus kemerahan dan bengkak O : - Tidak ada rembesan cairan pada perban -Pasien tampak gelisah -Terpasang infus futrolit 500ml 7tpm - Sudah melaksanakan teknik steril - Pasien mendapatkan cinam 1 gr secara intravena TD = 125/80 mmHg N = 82x/menit S = 36.3⁰C RR = 20x/menit</p>

	10.18	<p>3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>-Sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p>			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	
	10.30	<p>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>Hasil :</p> <p>-Sudah melaksanakan teknik steril</p>				
	10.35	<p>Mengedukasi :</p> <p>5. Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>-Pasien mengatakan “iya”</p>				
	10.40	<p>Mengkolaborasi :</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian obat cinam 1gr secara intravena sesuai resep dokter</p> <p>Hasil :</p> <p>-Pasien sudah mendapatkan cinam 2x1gr secara intravena</p>				

3	<p>20/01/2022 Dinas pagi 09.17</p> <p>09.32</p> <p>09.47</p> <p>09.53</p> <p>10.57</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : - Pasien tampak sering terjaga</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil : - Pasien merasa masih nyeri karena luka bekas operasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Modifikasi lingkungan Hasil : - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut</p> <p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Hasil : - Pasien mau mendengarkan saran dari perawat</p> <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : - Pasien memahami penjelasan dari perawat</p>		<p>20/01/2022 Dinas pagi 14.15</p>	<p>Dx 3 : Gangguan Pola Tidur</p> <p>S : - Pasien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena menahan nyeri</p> <p>O : - Pasien tampak tidak rileks - Pasien tampak sering terjaga - Pasien tampak meringis karena luka bekas operasi - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut - Pasien mau mendengarkan saran dari perawat - Pasien memahami penjelasan dari perawat - Terpasang infus futrolit 500ml</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	
---	--	--	--	---	---	--

1	<p>21/01/2022 Dinas Pagi 08.00</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.20</p> <p>09.00</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lokasi di anus kemerahan bengkak - Nyeri terus menerus <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 4 <p>Terapeutik :</p> <p>3. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik nafas dalam)</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan teknik tarik nafas dalam <p>4. memberikan obat ketorolac 30 mg secara intravena</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mematuhi pengobatan dari dokter dan perawat <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi</p>		<p>21/01/2022 Dinas Pagi 14.00</p>	<p>Dx 1 : Nyeri Akut</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan masih nyeri luka bekas operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> P=Nyeri luka bekas operasi Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk R= Rektum S=4 (1-10) T=terus menerus <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - Pasien mau perintah dari perawat untuk menirukan teknik Tarik nafas dalam - Pasien mematuhi pengobatan dokter dan perawat - Pasien memahami penjelasan dari tentang teknik nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat - Pasien mendapatkan obat ketorolac 30 mg secara intravena TD = 120/70 mmHg N = 80x/menit S = 36.1⁰C RR = 20x/menit - Pasien terpasang infus futrolit 500ml 7tpm <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p>	
---	--	--	--	---	--	--

	09.12	<p>rasa nyeri (Relaksasi nafas dalam, distraksi) Hasil : - Pasien memahami penjelasan dari tentang Teknik nafas dalam yang diajarkan oleh perawat</p> <p>Mengkolaborasi : 6. Mengkolaborasi pemberian ketorolac 30mg secara intravena sesuai dengan resep dokter Hasil : - Pasien sudah diberikan ketorolac 30mg secara intravena</p>			<p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan sampai pasien pulih</p>	
--	-------	---	--	--	--	--

2	<p>21/01/2022 Dinas Pagi 09.30</p> <p>10.00</p> <p>10.15</p> <p>10.45</p> <p>11.00</p>	<p>Mengobservasi :</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil : -Anus kemerahan dan bengkak</p> <p>Terapeutik :</p> <p>2. Memberikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>Hasil : - Tidak ada rembesan cairan pada perban</p> <p>3. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Hasil : -Sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi</p> <p>Hasil : -Sudah melaksanakan teknik steril</p> <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Mengajarkan meningkatkan</p>		<p>21/01/2022 Dinas Pagi 14.05</p>	<p>Dx 2 : Risiko Infeksi</p> <p>S : - Anus kemerahan dan bengkak</p> <p>O : - Tidak ada rembesan cairan pada perban -Pasien tampak gelisah -Terpasang infus futrolit 500ml 7tpm - Sudah melaksanakan teknik steril - Pasien mendapatkan obat cinam 1 gr secara intravena TD = 120/70 mmHg N = 80x/menit S = 36.1⁰C RR = 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1-6 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	
---	--	--	--	--	---	--

	10.30	<p>asupan nutrisi dan cairan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan “iya” <p>Mengkolaborasi :</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian obat cinam 1gr secara intravena sesuai resep dokter</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien sudah mendapatkan cinam 2x1gr secara intravena 			
3	<p>21/01/2022 Dinas Pagi 09.00</p> <p>09.05</p> <p>09.15</p>	<p>Mengobservasi</p> <p>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sering terjaga <p>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien merasa masih nyeri karena luka bekas operasi <p>Terapeutik :</p> <p>3. Modifikasi lingkungan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut 		<p>21/01/2022 Dinas Pagi 14.10</p>	<p>Dx 3 : Gangguan Pola Tidur</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena menahan nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sering terjaga - Memberikan fasilitas tambahan seperti bantal dan selimut - Pasien tampak lebih membaik dari sebelumnya - Pasien tampak lebih rileks - Terpasang infus futrolit 500ml 7tpm - Pasien mau mendengarkan saran dari perawat - Pasien memahami penjelasan dari perawat <p>A :</p>

	10.00	<p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mau mendengarkan saran dari perawat <p>Mengedukasi :</p> <p>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien memahami penjelasan dari perawat			<p>Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi 1-6 dilanjutkan hingga pasien pulih</p>	
--	-------	--	--	--	---	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis hemoroid di ruang B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnosa medis hemoroid di ruang B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. A dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

4.1.1 Identitas pasien

Data yang ditemukan pada tinjauan kasus hemoroid pasien bernama Tn.A, jenis kelamin laki-laki berusia 18 tahun yang masih tergolong usia muda dan masih remaja. Penulis menemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka karena menurut (Goeteng & Purbalingga, 2018) hemoroid ini sangat sering terjadi dan terdapat pada penduduk pria dan wanita yang berusia lebih dari 25 tahun. Sedangkan pasien pada tinjauan kasus berusia 18 tahun, Penulis berasumsi dengan gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya konsumsi makanan yang berserat, posisi duduk yang terlalu lama, melakukan latihan fisik yang berlebihan, dan sering mengangkat beban berat akan mempercepat pelebaran pembuluh darah pada seseorang sebelum umur 25 tahun.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Pasien Tn. A datang ke poli bedah digestive RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri setelah dilakukan *post op hemoroid*, dan merasa nyeri pada area anus. Pada tinjauan teori keluhan utama yang sering menjadi alasan pasien *post op hemoroid* adalah nyeri karena terputusnya kontinuitas jaringan tubuh serta mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup pasien (Safyudin & Damayanti, 2017). Penulis berasumsi luka bekas operasi hemoroid tidak luput dari risiko seperti risiko nyeri karena bekas luka sayatan sehingga terputusnya kontinuitas jaringan tubuh dan menyebabkan pasien mengeluh terasa nyeri di bagian anus.

2. Riwayat penyakit dahulu

Tinjauan kasus yang penulis cermati pasien tidak pernah menderita penyakit kronis dan menular seperti jantung, hipertensi, diabetes mellitus, hepatitis, ataupun covid 19.

3. Riwayat penyakit sekarang

Dari gejala penyakit yang dialami pasien hingga pasien mendapatkan perawatan di RS dan dilakukan pengkajian keperawatan, pasien mengatakan pada tanggal 26 Desember 2021 pasien melakukan medical check up di RSPAL dr.Ramelan dan didapatkan hasil hemoroid tetapi masih belum aktif. Pada tanggal 3 Januari 2022 pasien kontrol ke poli digestive dan disarankan oleh dokter RS untuk segera melaksanakan operasi. Pada tanggal 17 Januari 2022 pasien MRS di RSPAL dr.Ramelan melalui poli bedah digestive, lalu pindah ke ruang B1 pada pukul 10.48 WIB. Pasien melaksanakan operasi pada tanggal 19 Januari 2022, dari hasil pemeriksaan TTV di dapatkan hasil TD: 120/76 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu: 36⁰C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%, lalu pasien di pasang infus NS 500 ml. Keluhan didapatkan bersifat akut. Kondisi nyeri biasa terjadi karena ada pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di rektum dari pleksus hemoroidalis (Pradiantini & Dinata, 2021). Penulis berasumsi pelebaran pembuluh darah vena di rektum akan mengakibatkan bengkak di sekitar anus sehingga timbul rasa nyeri hingga membuat tidak nyaman dalam melakukan aktifitas sehari-hari, untuk penanganan hemoroid ini dapat dilakukan intervensi medis pembedahan (hemoroidektomi) dan intervensi terapi non farmakologi (relaksasi).

4. Pemeriksaan fisik

a. Pernafasan (B1 : Breathing)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu nafas tambahan, irama nafas pasien regular, pola nafas spontan, pasien tidak sesak nafas, pasien tidak batuk, dan tidak ada sputum. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada dada dan pada pemeriksaan perkusi terdapat terdapat suara sonor (Goeteng & Purbalingga, 2018). Pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara nafas tambahan, RR = 20x/menit SPO2 98%. Penulis berasumsi dengan tidak adanya gangguan pada system ini diharapkan proses penyembuhan penyakit akan lebih cepat sembuh karena tidak ada gangguan pada sistem pernafasan.

b. Kardiovaskuler (B2 : Blood)

Pada pemeriksaan inspeksi tidak terdapat sianosis, konjungtiva tidak anemis, CRT <2 detik, tidak ada nyeri dada, nadi 80x/menit, akral teraba hangat kering merah, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pada perkusi suara peka, dan pada pemeriksaan auskultasi irama jantung regular, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan seperti murmur atau gallop (Goeteng & Purbalingga, 2018). Penulis berasumsi dengan tidak adanya gangguan pada sistem ini diharapkan proses penyembuhan penyakit akan lebih cepat sembuh karena tidak ada gangguan pada sistem kardiovaskuler.

c. Persyarafan (B3 : Brain)

Saat dilakukan pemeriksaan kesadaran composmentis, GCS 456, mata membuka dengan spontan (4), verbal orientasi baik (5), motorik menurut perintah (6), total 15 pasien sadar baik. Refleks fisiologis: biceps +/+, triceps +/+, patella +/+, refleks patologis: babinsky -/-, burdzinsky -/-. Pada pemeriksaan nervus kranial I: pasien mampu mengenali bau, nervus kranial II: pasien dapat membaca nama papan perawat, nervus kranial III: pasien mampu membuka kelopak mata, nervus kranial IV: pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus kranial V: pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus kranial VI: pasien mampu menggerakkan mata ke arah lateral, nervus kranial VII: pasien mampu tersenyum simetris, nervus kranial VIII: pasien dapat mendengar dengan baik, nervus kranial IX: pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nervus kranial X: pasien mampu menelan dengan baik dan tidak kesulitan untuk membuka mulut, nervus kranial XI: pasien mampu menahan tahanan pada kedua pundaknya, nervus kranial XII: pasien mampu menjulurkan lidahnya dengan simetris. Pada pemeriksaan inspeksi kepala tidak ditemukan benjolan, rambut berwarna hitam, tidak mengeluh nyeri kepala, dan tidak ada paralisis. Bentuk hidung simetris, septum ditengah dan tidak ada polip, tidak ada kelainan. Mata simetris, pupil isokor, tidak ada kelainan, reflek cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, lapang pandang pasien normal. Pendengaran baik, dan tidak ada gangguan, lidah tampak bersih, uvula di tengah, tidak ada kesulitan menelan, dan pasien berbicara dengan normal (Koerniawan et al., 2020). Penulis tidak menemukan perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka, pada pasien tidak didapatkan kelainan pada system syaraf.

d. Perkemihan (B4 : Bladder)

Pada pemeriksaan organ genital tampak bersih, pemeriksaan palpasi tidak terdapat distensi urin pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan. Eliminasi urin SMRS frekuensi 8-10x/hari, jumlah \pm 2000cc/24 jam, warna kuning jernih, eliminasi urin MRS frekuensi 6-8x/hari, jumlah \pm 1600cc/24 jam, warna kuning jernih, dan bau khas (Koerniawan et al., 2020). Dan pasien tidak menggunakan kateter. Penulis berasumsi dengan tidak adanya gangguan pada system ini diharapkan pasien akan lebih baik karena tidak ada gangguan pada system perkemihan.

e. Pencernaan (B5 : Bowel)

Saat pemeriksaan system pencernaan terdapat luka post operasi hemoroid di bagian rektum, luka basah ,besar luka kurang lebih 1.5 cm, sekitar luka bengkak dan kemerahan, terpasang tampon. Tidak ada lesi pada abdomen. Tidak ada mual, tidak terpasang NGT, tidak ada kelainan abdomen. Saat SMRS porsi makan habis 1 porsi 3x/hari, saat MRS diit porsi makan habis 1 porsi 3x/hari, bunyi bising usus 15x/menit, terdapat nyeri pada bagian rectum, P=Nyeri luka bekas operasi, Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk, R= Rektum, S=5 (1-10), T=Terus menerus (Goeteng & Purbalingga, 2018). Penulis berasumsi bahwa nyeri pada bagian rektum atau sekitaran anus karena adanya pelebaran pembuluh vena yang di angkat melalui metode pembedahan operasi hemoroidektomi, sehingga timbul luka nyeri bekas operasi (terputusnya jaringan kontinuitas tubuh).

f. Muskuloskeletal dan Integumen (B6 : Bone)

Tidak terdapat fraktur, deformitas ataupun krepitasi, kemampuan bergerak bebas. ROM bebas, tidak ada kelainan jaringan atau trauma (Goeteng & Purbalingga, 2018).

Kekuatan Otot : 5555 | 5555
 ` |
 5555 | 5555

Penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 5, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, di tandai dengan P=Nyeri luka bekas operasi, Q=Pedih, seperti di tusuk tusuk, R= Rektum, S=5 (1-10), T=Terus menerus dan pasien tampak meringis karena pasca operasi sehingga terjadi luka (terputusnya jaringan kontinuitas) pada area anus. Secara teori, nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Menurut penulis terjadinya nyeri akut

ini karena luka bekas operasi karena terputusnya kontinuitas jaringan kulit pada tubuh.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive, ditandai dengan terputusnya kontinuitas jaringan kulit sehingga timbul bengkak, kemerahan di area anus dan menyebabkan timbul rasa nyeri. Secara teori, resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut penulis terjadinya resiko infeksi ini adalah luka bekas operasi karena terputusnya kontinuitas jaringan kulit pada tubuh.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, ditandai dengan pola tidur pasien yang berubah. Secara teori gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut penulis terjadinya gangguan pola tidur adalah rasa nyeri yang muncul setelah melaksanakan operasi karena luka bekas operasi.
4. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Secara teori resiko hipovolemia adalah beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan intraselular (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut penulis diagnosa ini disebabkan karena banyaknya kehilangan cairan atau darah dan ketidak adekuatan pada hantaran oksigen dan perfusi jaringan yang dapat berupa penurunan tahanan vaskuler sistemik terutama di arteri, berkurangnya darah balik serta penurunan pengisian ventrikel.

5. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Secara teori ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Mayor, 2018). Menurut penulis ini karena kekhawatiran rasa sakit seperti nyeri yang timbul setelah dilaksanakan tindakan pembedahan dan timbul ketegangan otot serta perubahan tanda-tanda vital.

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah hemoroid sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan post op hemoroid disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung

4.3 Perencanaan Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan

keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosis keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik.

Nyeri akut bersifat melindugi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional (Rohmani et al., 2018). Untuk mengatasi nyeri akut dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan dari nyeri akut adalah nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Perencanaan untuk mengatasi nyeri akut, identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri) untuk mengetahui tingkat nyeri yang di derita pasien, berikan teknik nonfarmakologis distraksi mendengarkan musik dan relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri dengan farmakologi maupun nonfarmakologis, berikan ketorolac 3x30 mg intravena hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive

Resiko infeksi adalah keadaan dimana seorang pasien beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasite lain) (Mangole et al., 2015). Untuk mengatasi resiko infeksi dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan dari resiko infeksi adalah agar pasien tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. Perencanaan untuk mengatasi resiko infeksi adalah monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, kolaborasi pemberian obat cinam 2x1gr secara intravena sesuai resep dokter.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Gangguan pola tidur adalah kondisi fisik seorang pasien mengalami kelainan pada tidurnya yang memengaruhi kualitas tidur (Program et al., 2017). Untuk mengatasi gangguan pola tidur dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan gangguan pola tidur adalah agar keluhan sulit tidur pasien menurun, keluhan sering terjaga pasien menurun, keluhan tidak puas tidur pasien menurun, keluhan istirahat tidak cukup pasien menurun. Perencanaan untuk mengatasi gangguan pola tidur adalah identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik ketorolac 3x30 ml secara intravena sesuai resep dokter.

4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik, tujuannya adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Pada tahap pelaksanaan perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan yang paling spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien. Semua tindakan dicatat dalam format yang telah ditentukan oleh institusi atau rumah sakit.

Pada Tn. A dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi yang dilakukan agar nyeri berkurang untuk mencapai kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, tekanan darah dalam batas normal yaitu normalnya adalah 120/80mmHg dilakukan implementasi manajemen nyeri dengan cara mengajarkan teknik nafas dalam dan mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat ketorolac 30 mg secara intravena. Dalam pelaksanaan selama praktik penulis melakukan tindakan sesuai SOP Pemantauan Nyeri yaitu identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama, tanggal lahir), jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur, lakukan kebersihan tangan 6 langkah, identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri, monitor kualitas nyeri, monitor lokasi dan penyebaran nyeri, monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala, monitor durasi dan frekuensi nyeri, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, informasikan hasil

pemantauan, lakukan kebersihan tangan 6 langkah, dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respon pasien. Adapun tindakan lainnya sesuai SOP Terapi Relaksasi Napas Dalam yaitu identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama, tanggal lahir), jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur, siapkan alat dan bahan yang diperlukan, lakukan kebersihan tangan 6 langkah, tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman, ciptakan lingkungan dengan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, berikan posisi yang nyaman (duduk bersandar atau tidur), anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, latih melakukan teknik napas dalam, anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh, ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan, ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan, demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik, monitor respon pasien selama dilakukan prosedur, rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan (Pedoman SPO, 2020).

Pada Tn. A dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, implementasi yang dilakukan agar pasien tidak terjadi infeksi untuk mencapai kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. Dilakukan implementasi pencegahan infeksi dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan perawatan kulit pada edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien yang beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian obat cinam 1gr secara intravena sesuai resep dokter. Dalam pelaksanaan selama praktik penulis melakukan tindakan sesuai

SOP Pencegahan Infeksi yaitu identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis), jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur, siapkan alat dan bahan yang diperlukan (mis. Sarung tangan bersih, *handrup* atau *hand soap*, *hand towel* atau tisu, alat pelindung diri sesuai kebutuhan, tempat sampah), lakukan kebersihan tangan 6 langkah, pasang sarung tangan bersih, monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik, batasi jumlah pengunjung, lakukan perawatan kulit jika ada resiko gangguan integritas kulit, pertahankan teknik aseptik pada pasien dengan risiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara cuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa tanda dan gejala infeksi pada luka (Pedoman SPO, 2020).

Pada Tn. A dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan implementasi yang dilakukan agar gangguan pola tidur membaik untuk mencapai kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Dilakukan implementasi yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur. Dalam pelaksanaan selama praktik penulis melakukan tindakan sesuai SOP Terapi Relaksasi Napas Dalam yaitu identifikasi pasien menggunakan minimal 2 identitas (nama, tanggal lahir), jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur, siapkan alat dan bahan yang diperlukan, lakukan kebersihan tangan 6 langkah, tempatkan pasien di tempat yang tenang dan nyaman, ciptakan lingkungan dengan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, berikan posisi yang nyaman (duduk bersandar atau tidur), anjurkan rileks dan merasakan

sensasi relaksasi, latih melakukan teknik napas dalam, anjurkan tutup mata dan konsentrasi penuh, ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan, ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mencucu secara perlahan, demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik, monitor respon pasien selama dilakukan prosedur, rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan (Pedoman SPO, 2020).

4.5 Evaluasi Keperawatan

1. Evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dengan hasil :

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam, pasien mengatakan masih nyeri dan masalah belum teratasi sehingga mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat anti nyeri yaitu ketorolac 3x30 mg secara intravena, intervensi dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.

2. Evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive, dengan hasil :

Pada waktu dilaksanakan evaluasi resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah masih belum teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan keperawatan dan pasien masih tampak gelisah, terpasang infus futrolit 500ml 7tpm dan sudah dilakukan pemberian obat cinam 2x1gr secara

intravena sesuai resep dokter, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.

3. Evaluasi asuhan keperawatan dengan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dengan hasil :

Pada waktu dilaksanakan evaluasi gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah masih belum teratasi dan pasien masih tampak sering terjaga karena menahan rasa nyeri dan sudah diberikan obat ketorolac 3x30mg secara intravena, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih

Pada akhir evaluasi selama dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam banyak masalah yang belum teratasi tetapi intervensi yang telah dibuat sudah dilaksanakan dan intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien Tn. A dengan kasus hemoroid di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan asuhan keperawatan pasien dengan hemoroid.

1.1 Kesimpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoroid, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pasien Tn. A usia 18 tahun dengan diagnosa hemoroid dilakukan dengan cara mengumpulkan data primer dan data sekunder, didapatkan data fokus pasien masih gelisah, pasien masih meringis, pasien mengatakan masih mengeluh nyeri pada luka bekas operasi
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ,resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, resiko hypovolemia dengan faktor resiko kehilangan cairan secara aktif, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Intervensi disesuaikan sesuai prioritas masalah dan kebutuhan pasien yang telah ditetapkan berdasarkan tingkat urgensi dengan tujuan nyeri

4. Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.A adalah mengkaji tingkat nyeri, jenis nyeri, skala nyeri (1-10), mengkaji tanda-tanda vital, mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, memberikan obat anti nyeri yaitu Ketorolac 3x30 mg sesuai resep dokter.
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam, pasien mengatakan masih nyeri dan masalah belum teratasi sehingga mengkolaborasikan dengan dokter pemberian obat anti nyeri yaitu Ketorolac 3x30 mg secara intravena, intervensi dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih. Pada diagnoa keperawatan yang kedua resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah masih belum teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan keperawatan dan pasien masih tampak gelisah, terpasang infus futrolit 500ml 7tpm dan sudah dilakukan pemberian obat Cinam 2x1gr secara intravena sesuai resep dokter, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih. Pada diagnoa keperawatan yang ketiga gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dilaksanakan asuhan keperawatan 3x24 jam masalah masih belum teratasi dan pasien masih tampak gelisah, pasien tampak tidak rileks dan sudah diberikan obat Ketorolac 3x30mg secara intravena, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.
6. Penulis mendokumentasikan pengkajian, diagnosis keperawatan, dan rencana keperawatan, pemeriksaan fisik menggunakan B1-B6 dan

dicatat sesuai shift jaga yang memudahkan penulis memantau perkembangan tindakan yang dilakukan terhadap pasien Tn. A dan sesuai dengan standar penulisan dokumentasi keperawatan

1.2 Saran

1. Bagi pasien dan keluarga agar selalu memperhatikan kesehatan pasien dan mampu melakukan Kembali manajemen nyeri nonfarmakologis, relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan oleh perawat sehingga pasien dapat melaksanakan secara mandiri serta mampu mengatasi nyeri yang dialaminya. Pola makan pada pasien *post op* hemoroid yaitu : perubahan pola diet tinggi serat seperti buah dan sayuran, merubah posisi saat defekasi dan menghindari mengejan saat buang air besar
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan yang hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup, dan memberikan perhatian lebih pada pasien dan dapat bekerjasama dengan tim lainnya.
3. Rumah sakit diharapkan dari waktu ke waktu tetap menjaga mutu pelayanan bagi para pasien yang dirawat agar pasien lebih puas akan pelayanan yang diberikan
4. Mahasiswa supaya lebih memahami apa yang dijadikan kasus penyakit yang diteliti, lebih banyak melakukan pendekatan kepada pasien yang diteliti dan aktif dalam tindakan-tindakan keperawatan pada saat penelitian dilakukan.

DARTAR PUSTAKA

- Astana, P. R. W., & Nisa, U. (2018). Analisis Ramuan Obat Tradisional untuk Wasir di Pulau Jawa; Studi Etnofarmakologi RISTOJA 2015. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 16(2), 115. <https://doi.org/10.35814/jifi.v16i2.562>
- Ediyanto, A. K. (2019). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 32. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i2.189>
- Goeteng, D. R., & Purbalingga, T. (2018). *Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan ISSN 2502-1524 Dedi Sukurokhman : Asuhan Keperawatan Pada Ny . M Dengan Post Operasi He. 9–17.*
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Mangole, J., Rompas, S., & Ismanto, A. (2015). Hubungan Perilaku Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Cardiovascular and Brain Center Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), 109372.
- marishta monicha putri, chanif kurnia sari. (2019). Jurnal Delima Harapan. *Jurnal Delima Harapan*, 6(2), 69–81.
- Maulana, R. Y., & Wicaksono, D. S. (2020). Efek Antiinflamasi Ekstrak Tanaman Pagoda terhadap Hemoroid. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(2), 131–138. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i2.82>
- Mayor, P. R. E. O. (2018). *THE RELATIONSHIP KARAKATERISTIK AND FAMILY SUPPORT WITH ANXIETY LEVELS OF PATIENTS PRE MAJOR SURGERY. 2011*, 116–120.
- Notonegoro, C., & Simadibrata, C. (2021). *JOURNAL OF AGROMEDICINE AND MEDICAL SCIENCES (AMS) ISSN : 2460-9048 (Print), ISSN : 2714-5654 (Electronic) Available online at http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JAMS Laporan kasus : Efek Akupunktur Manual terhadap Perbaikan Gejala Vertigo dan Tinit. 7(2)*, 94–97.
- Nurarif, A. H. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis (Jilid 2)*. MediAction.

- Nyoman, N., Indrayani, A., & Arnaya, A. A. (2021). *Diagnosa dan Tatalaksana pada Hemoroid Derajat IV: Laporan Kasus*. 12(3), 706–709. <https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1165>
- Pedoman SPO. (2020). *Pedoman SPO (EDISI 1)*. PPNI.
- Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis Dan Penatalaksanaan Hemoroid. *Ganesha Medicina Journal*, 1(1).
- Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., Malang, T., Program, D., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., & Malang, T. (2017). *HUBUNGAN ANTARA PENGGUNAAN INTERNET DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA MAHASISWA PSIK UNITRI MALANG* (Emi Diarti 1) , Ani Sutriningsih 2) , Wahidyanti Rahayu H 3). 2, 321–331.
- Rohmani, R., Dahlia, D., & Sukmarini, L. (2018). Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin Di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang Tampon. *Jurnal Keperawatan Tropis Papua*, 1(1), 8–12. <https://doi.org/10.47539/jktp.v1i1.14>
- Safyudin, S., & Damayanti, L. (2017). Gambaran pasien hemoroid di instalasi rawat inap departemen bedah rumah sakit umum pusat dr. Mohammad Hoesin Palembang. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan : Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*, 4(1), 15–21. <https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jkk/article/view/6091>
- Sudarsono, D. F. (2015). Diagnosis dan penanganan hemoroid. *J Majority*, 4, 31–34.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Yusmanedi, & Mandala, Z. (2014). Faktor Risiko Kejadian Hemoroid Pada Supir Bis AKAP DI POOL PO . GUMARANG JAYA. *Jurnal Medika Malahayati*, 1(4), 147–151. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/medika/article/view/1936>

LAMPIRAN 1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP)
PEMBERIAN OBAT

Pemberian obat kepada pasien dapat dilakukan melalui beberapa cara, diantaranya: oral, parenteral, rectal, vaginal, kulit, mata, telinga dan hidung dengan menggunakan prinsip 5 tepat (tepat nama pasien , nama obat, dosis obat, cara pemberian dan waktu pemberian) dan 1 waspada.

1. Pemberian obat melalui oral

Pemberian obat melalui oral merupakan pemberian obat melalui mulut dengan tujuan mencegah, mengobati, dan mengurangi rasa sakit sesuai dengan jenis obat.

a. Persiapan alat :

1. Obat-obatan
2. Tempat obat
3. Daftar buku obat/ jadwal pemberian obat
4. Air minum dalam tempatnya

b. Langkah-langkah :

- 1). Membagi obat ketempat obat:
 - a) Mencuci tangan
 - b) Membaca instruksi pada daftar obat
 - c) Mengambil obat-obatan
 - d) Menyiapkan obat dengan tepat menurut daftar obat (obat masih dalam kemasan)
 - e) Menyiapkan obat cair beserta gelas obat

2). Membagi obat ke pasien:

- a) Mencuci tangan
- b) Mengambil daftar obat kemudian obat diteliti kembali sambil membuka bungkus obat.
- c) Menuangkan obat cair kedalam gelas obat, jaga kebersihan etiket obat
- d) Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil mencocokkan nama pada tempat tidur dengan nama daftar obat
- e) Memastikan pasien benar dengan memanggil nama pasien sesuai dengan nama pada daftar obat
- f) Memberi obat satu per satu ke pasien sambil menunggu sampai pasien selesai minum
- g) Catat perubahan, reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respon terhadap obat dengan mencatat hasil pemberian obat
- h) Mencuci tangan

2. Pemberian obat melalui subkutan (SC)

Pemberian obat melalui subkutan (SC) adalah pemberian obat melalui suntikan kebawah kulit yang dapat dilakukan pada daerah lengan atas sebelah luar atau sepertiga bagian dari bahu, paha sebelah luar, daerah dada, dan daerah sekitar umbilicus (abdomen). Pemberian obat melalui SC memiliki efek sistemik.

Lokasi untuk suntikan dipilih dimana terdapat bantalan lemak dengan ukuran memadai. Pemberian obat dengan cara ini pada umumnya dilakukan dalam program pemberian insulin yang digunakan untuk mengontrol kadar gula darah.

a. Persiapan alat:

1. Sduit
2. Kapas alcohol 70%
3. Obat injeksi
4. Daftar buku obat
5. Bak injeksi
6. Bengkok
7. Perlak dan alasnya

b. Langkah-langkah :

1. Mencuci tangan
2. Jelaskan prosedur tindakan
3. Menyiapkan dosis obat setelah itu tempatkan pada bak injeksi
4. Menentukan lokasi
5. Desinfeksi dengan menggunakan kapas alcohol pada lokasi
6. Menusukkan jarum injeksi dengan sudut 45°
7. Lakukan aspirasi, bila tidak ada darah masukkan obat perlahan-lahan hingga habis
8. Tarik spuit dan tahan dengan kapas alcohol. Masukkan spuit yang telah terpakai kedalam bengkok
9. Membereskan alat
10. Mencuci tangan
11. Mengobservasi reaksi pasien.

3. Pemberian obat melalui wadah cairan intravena (drip)

Pemberian obat melalui wadah cairan intravena merupakan cara memberikan obat dengan menambahkan atau memasukkan obat ke dalam wadah cairan intravena dengan tujuan untuk meminimalkan efek samping dan mempertahankan kadar terapeutik dalam darah.

a. Persiapan Alat :

1. S spuit
2. Obat dalam tempatnya.
3. Wadah cairan.
4. K kapas alcohol

b. Langkah-langkah :

1. Cuci tangan
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa identitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah wadah/kantong cairan.
5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan.
7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
8. Cuci tangan.
9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.

4. Pemberian obat melalui selang intravena (per infus)

a. Peralatan :

1. Sduit.
2. Obat dalam tempatnya.
3. Selang intravena.
4. Kapas alcohol.

b. Langkah-langkah :

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam sduit.
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah selang intravena.
5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum sduit hingga menembus bagian tengah selang intravena dan masukkan obat perlahan-lahan.
7. Tarik sduit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
8. Cuci tangan.
9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.