

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *INTERNAL HEMORRHOID* DI RUANG B2
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

AMALIA MAHARANI PUTRI, S.Kep
NIM. 2130004

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA TN. E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *INTERNAL HEMORRHOID* DI RUANG B2
RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners**



Oleh:

AMALIA MAHARANI PUTRI, S.Kep
NIM. 2130004

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 8 Juli 2022

Penulis,



Amalia Maharani Putri
NIM. 2130004

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa.

Nama : Amalia Maharani Putri

NIM : 213.0004

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. E Dengan
Diagnosa Medis *Internal Hemorrhoid* Di Ruang B2
RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui laporan karya akhir ilmiah ini guna memenuhi sebagian persyaratan
untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 8 Juli 2022

Pembimbing Institusi



Nisha Dharmayanti R., S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 03.045

Pembimbing Ruangan



Nur Khamdanah, S.Kep., Ns
NIP. IV/A 196709271989022002

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns.,M.Kep
NIP. 03.007

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

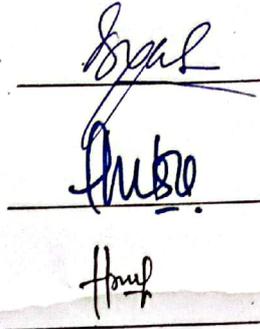
Nama : Amalia Maharani Putri
NIM : 2130004
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. E Dengan
Diagnosa Medis *Internal Hemorrhoid* Di Ruang B2
RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan di hadapan dewan penguji karya ilmiah akhir di STIKes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns.)” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP: 03.003

Penguji II : Nisha Dharmayanti R., S.Kep.,Ns.,M.Si.
NIP. 03.045

Penguji III : Nur Khamdanah, S.Kep.,Ns.
IV/A 196709271989022002



**Mengetahui,
KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Dr. Hidayatus Sva'diyah, S.Kep., Ns.,M.Kep
NIP. 03.007

Ditetapkan : STIKes Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 8 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. E Dengan Diagnosa Medis *Internal Hemorrhoid* Di Ruang B2 Rspal Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, Perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim.,M..M. selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan arahan untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Profesi Ners.

3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
4. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
5. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku penguji, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto, S.Kep.,Ns.,M.Si. selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Ibu Nur Khamdanah, S.Kep.,Ns selaku kepala ruangan B1 dan pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik, dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Ibu Nadia Okhtiary, Amd selaku kepala Perpustakaan di STIKes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh staff dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya.

10. Kedua orang tua, Bapak Hari Nuriyanto dan Ibu Umi Roysati tercinta yang senantiasa mendoakan, mendukung, memotivasi, dan memberikan semangat selama proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
11. Teman-teman angkatan 23 dan seluruh pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhiri ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu-persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada karya ilmiah akhir ini mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Yaa Robbal Aalamiin.

Surabaya, 8 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan.....	3
1.4. Manfaat Penulisan.....	4
1.5. Metode Penulisan.....	4
1.6. Sistematikan Penulisan.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Hemorroid.....	7
2.1.1. Anatomi dan Fisiologi.....	7
2.1.2. Definisi Hemorrhoid.....	10
2.1.3. Etiologi Hemorrhoid.....	11
2.1.4. Patofisiologi.....	13
2.1.5. Klasifikasi.....	14
2.1.6. Manifestasi Klinis.....	16
2.1.7. Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.1.8. Penatalaksanaan Medis.....	17
2.1.9. Penatalaksanaan Keperawatan.....	19
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.1. Pengkajian.....	20
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	22
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4. Imlpementasi Keperawatan.....	26
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	26
2.3. WOC (<i>Web Of Caution</i>).....	28
BAB 3 TINJAUAN KASUS	29
3.1. Pengkajian.....	29
3.1.1. Identitas.....	29
3.1.2. Keluhan Utama.....	29
3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang.....	29
3.1.4. Riwayat Kesehatan.....	30
3.1.5. Pemeriksaan Fisik.....	31
3.1.6. Pola Fungsi Kesehatan.....	34
3.1.7. Pemeriksaan Penunjang.....	36
3.2. Diagnosa Keperawatan.....	38
3.3. Daftar Prioritas Masalah.....	39
3.4. Intervensi Keperawatan.....	39

3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	42
BAB 4 PEMBAHASAN	54
4.1. Pengkajian Keperawatan	54
4.1.1. Data umum.....	54
4.1.2. Riwayat Sakit.....	55
4.1.3. Pemeriksaan Fisik Persistem	55
4.2. Diagnosa Keperawatan.....	59
4.3. Intervensi Keperawatan	60
4.4. Implementasi Keperawatan	62
4.5. Evaluasi Keperawatan	64
BAB 5 PENUTUP.....	66
5.1. Simpulan.....	66
5.2. Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Hemoroid	22
Tabel 3. 1	Hasil Pemeriksaan Penunjang Tn. E dengan <i>Internal Hemorrhoid</i> di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Tanggal 05 Desember 2021	35
Tabel 3. 2	Terapi Medis Tn. E dengan <i>Internal Hemorrhoid</i> di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	36
Tabel 3. 3	Diagnosa keperawatan Tn. E dengan <i>Internal Hemorrhoid</i> di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	37
Tabel 3. 4	Daftar Prioritas Masalah Pada Tn. E dengan Internal Hemorrhoid di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	38
Tabel 3. 5	Intervensi Keperawatan Pada Tn. E dengan <i>Internal Hemorrhoid</i> di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	38
Tabel 3. 6	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn. E dengan <i>Internal Hemorrhoid</i> di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rektum hingga anus	7
Gambar 2.2	Anorektum dengann Hemoroid Interna dan Hemoroid Eksterna (Sandler dan Anne 2019)	10
Gambar 2.3	Derajat Hemoroid Interna (Sumber: Scott R Steele, 2016 dalam Sagitha, 2020)	15
Gambar 2.4	Hemoroid Eksterna	15
Gambar 2.5	WOC Hemoroid	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Hasil Kolonoskopi Tn. E Dengan Diagnosa Medis <i>Internal Hemorrhoid</i>	71
Lampiran 2	Standar Operasional Prosedur Pemberian Tranfusi Darah	72
Lampiran 3	<i>Curriculum Vitae</i>	74
Lampiran 4	Motto dan Persembahan	75

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dewasa ini, penyakit pada sistem pencernaan sangat sering dijumpai. Gaya hidup modern merupakan salah satu penyebab maraknya penyakit sistem pencernaan. Konsumsi makanan berkalori tinggi seperti *junk food* dan konsumsi alkohol dengan sedikit asupan serat, sayuran dan buah meningkatkan resiko penyakit sistem pencernaan. Salah satu penyakit yang menyerang organ pencernaan bagian bawah adalah Hemoroid atau yang biasa dikenal di masyarakat dengan Wasir. Penyakit hemoroid merupakan gangguan anorektal yang sering ditemukan. 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) di bawah atau di luar garis dentate dan hemoroid interna timbul dari dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) di atas garis dentata (Pradiantini dan Dinata 2021). Masalah yang sering ditemukan pada pasien dengan Hemoroid adalah nyeri pada daerah perianal dan konstipasi.

Prevalensi penyakit Hemoroid di negara berkembang relatif lebih rendah dibandingkan dengan di negara maju (Lalisang 2016). Data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2014 menyatakan bahwa jumlah penderita Hemoroid di dunia diperkirakan 230 juta orang. Di Amerika Serikat diperkirakan 10 juta jiwa mengalami Hemoroid, prevelensi tersebut sekitar 4,4% dilakukan pengobatan sedangkan yang dilakukan hemoroidektomi berjumlah 1,5%. Menurut data

Kemenkes RI tahun 2013, prevalensi Hemoroid berkisar 5,7 dari total 10 juta orang. Data pada bulan Januari 2021 hingga Juni 2022 terdapat 166 jumlah kasus Hemoroid di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Sedangkan di Ruang B2 sendiri, kasus Hemoroid periode Juni 2021 – Desember 2021 ditemukan sebanyak 35 pasien rawat inap. Angka kejadian masalah keperawatan pada pasien rawat inap yang berada di ruang B2 tersebut ditemukan terbanyak memiliki masalah keperawatan nyeri akut, posisi kedua disusul oleh konstipasi, dan ketiga ditempati oleh resiko perdarahan.

Pasien Hemoroid akan mengalami tanda dan gejala meliputi perdarahan, nyeri adanya prolaps (benjolan) dan kadang merasa gatal-gatal di rektum. Gejala stadium awal pada Hemoroid interna yaitu keluarnya darah yang berwarna merah terang dan tidak disertai nyeri pada akhir defekasi. Sedangkan gejala pada stadium akhir berupa prolaps yang menetap dan tidak bisa masuk lagi meskipun didorong secara manual. Pada Hemoroid eksternal, sering timbul nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh trombosis (pembekuan darah dalam Hemoroid) sehingga dapat menimbulkan iskemia dan nekrosis pada area tersebut. Banyak orang yang justru mengabaikan gejala Hemoroid sehingga dapat mencapai komplikasi Hemoroid yaitu perdarahan akut, perdarahan kronis dan terjadi inkarserasi prolaps. Hal ini dapat menyebabkan infeksi sampai sepsis dan gangren yang dapat menyebabkan pasien memiliki gangguan citra tubuh (Sagitha 2020).

Tenaga kesehatan memiliki peranan dalam mencegah adanya peradangan pada saluran cerna, salah satunya adalah Hemoroid. Pemberian pendidikan kesehatan terkait pembatasan konsumsi makanan pedas, mengkonsumsi air

mineral yang cukup, mengurangi stress, dan juga berolahraga secara rutin dapat membant menstabilkan sistem imun dan mengurangi resiko. Pemberian terapi sesuai kolaborasi dengan tenaga medis lainnya dapat mengurangi gejala keparahan.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn. E dengan Diagnosa Medis *Internal Hemorrhoid* di ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosis medis *Internal Hemorrhoid* di ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Menyusun rencana keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di Ruang B1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4. Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

1.4.1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid* di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2. Praktisi

1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Internal Hemorrhoid*.

2. Bagi Penulis

Penulisan ini dapat menjadi rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada pasien dengan *Internal Hemorrhoid*.

3. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Internal Hemorrhoid*.

1.5. Metode Penulisan

1.5.1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

1.5.2. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengkajian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

3. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

1.5.3. Sumber Data

1. Data Primer

Data primer diperoleh dari pasien secara langsung.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari keluarga atau prang terdekat pasien, catatan perawat, hasil pemeriksaan, dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

3. Studi Kepustakaan

Mempelajari sumber informasi dari buku, jurnal, dan karya tulis dengan judul terkait.

1.6. Sistematikan Penulisan

Secara keseluruhan, sistematika dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, persembahan, kata pengantar, dan daftar isi.

2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut:

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

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan konsep asuhan keperawatan pasien dengan Hemoroid.

BAB 3: Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi yang meliputi hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan, yang berisi data, teori, dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup, berisi kesimpulan dan saran.

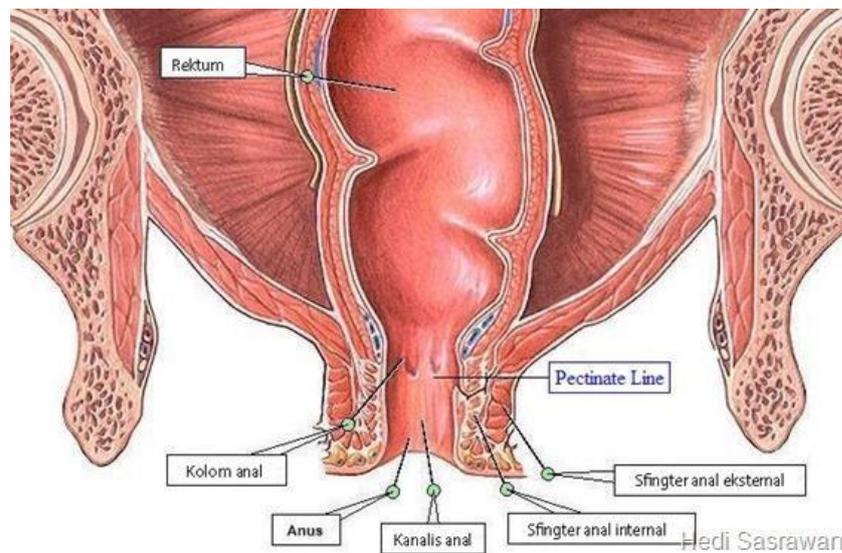
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini membahas tinjauan pustaka penulis memasukkan beberapa literature yang ada keterkaitannya dengan judul asuhan keperawatan pada dengan diagnosis medis *Internal Hemorroid*. Konsep penyakit yang akan diuraikan adalah konsep *Hemorrhoid*, konsep asuhan keperawatan *Internal Hemorroid* yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1. Konsep Hemorroid

2.1.1. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2. 1 Rektum hingga anus

1. Rektum

Bagian utama usus besar yang terakhir disebut sebagai rektum dan membentang dari kolon sigmoid hingga anus (muara ke bagian luar tubuh). Rektum dibatasi oleh mukosa epitel kolumnar yang dipersarafi oleh sistem saraf simpatis dan parasimpatis yang mengakibatkan rektum kurang sensitif. Pasokan pembuluh darah dan limfatiknya berasal dari sistem hipogastrik. Rektum adalah

memiliki panjang sekitar 12 sampai 15 cm yang berada di antara ujung usus besar (setelah kolon sigmoid/turun) dan berakhir di anus. Fungsi rektum adalah menyimpan feses untuk sementara waktu, memberitahu otak untuk segera buang air besar, dan membantu mendorong feses sewaktu buang air besar. Ketika rektum penuh dengan feses, maka rektum akan mengembang dan sistem saraf akan mengirim impuls (rangsangan) otak sehingga timbul keinginan untuk buang air besar (Sherwood 2018) dalam (Pradiantini dan Dinata 2021).

2. Kolom anal

Kolom anal (anal column) atau kolom Morgagni adalah sejumlah lipatan vertikal yang diproduksi oleh selaput lendir dan jaringan otot di bagian atas anus. Fungsi kolom anal adalah sebagai pembatas dinding anus.

3. Anus

Anus adalah pembukaan yang dilewati oleh kotoran manusia saat kotoran tersebut meninggalkan tubuh. Anus memiliki ukuran sepanjang 3-4 cm dan dilapisi oleh anoderm. Anoderm merupakan epitel skuamosa yang dimodifikasi dan sensitif yang dipersarafi oleh saraf sensorik somatik dan dipasok oleh nervus hemoroid inferior (Sherwood 2018) dalam (Pradiantini dan Dinata 2021).

4. Kanais Anal

Kanalis anal (anal canal) adalah saluran dengan panjang sekitar 4 cm yang dikelilingi oleh sfingter anus. Bagian atasnya dilapisi oleh mukosa glandular rektal. Fungsi kanalis anal adalah sebagai penghubung antara rektum dan bagian luar tubuh sehingga feses bisa dikeluarkan.

5. Sfingter Anal Internal

Sfingter anal internal (*internal anal sphincter*) adalah sebuah cincin otot lurik yang mengelilingi kanalis anal dengan keliling 2,5 sampai 4 cm dengan . sekitar 5 mm. Sfingter anal internal ini berkaitan dengan sfingter anal eksternal meskipun letaknya cukup terpisah. Fungsi sfingter anal internal adalah untuk mengatur pengeluaran feses saat buang air besar.

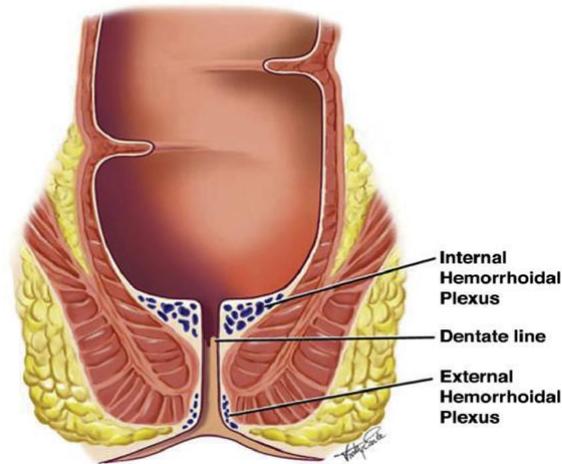
6. Sfingter Anal Eksternal

Sfingter anal eksternal (*external anal sphincter*) adalah serat otot lurik berbentuk elips dan melekat pada bagian dinding anus. Memiliki panjang sekitar 8 sampai 10 cm. Fungsi sfingter anal eksternal adalah untuk membuka dan menutup kanalis anal.

7. *Pectinate Line*

Pectinate line adalah garis yang membagi antara bagian dua pertiga (atas) dan bagian sepertiga (bawah) anus. Fungsi garis ini sangatlah penting karena bagian atas dan bawah *pectinate line* memiliki banyak perbedaan, misalnya jika wasir terjadi di atas garis *pectinate*, maka jenis wasir tersebut disebut wasir internal yang tidak menyakitkan. Sedangkan jika di bawah, disebut wasir eksternal.

2.1.2. Definisi Hemorrhoid



Gambar 2. 2 Anorektum dengan Hemoroid Interna dan Hemoroid Eksterna (Sandler dan Anne 2019)

Hemoroid merupakan pelebaran dan *inflamasi* pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari *plexus homorrhoidalis*. *Hemoroid eksterna* adalah pelebaran vena yang berada dibawah kulit (*subkutan*) di bawah atau luar *linea dentate*. *Hemoroid interna* adalah pelebaran vena yang berada dibawah mukosa (*submukosa*) diatas atau di dalam *linea dentate* (Winangun et al. 2013).

Hemorrhoides atau wasir merupakan salah satu dari gangguan sirkulasi darah. Gangguan tersebut dapat berupa pelebaran (*dilatasi*) vena yang disebut *venectasia* atau *varises* daerah anus dan perianus yang disebabkan oleh bendungan dalam susunan pembuluh vena (Anisa 2019).

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) di bawah atau di luar garis dentate dan hemoroid interna timbul dari dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) di atas

garis dentata (Pradiantini dan Dinata 2021).

2.1.3. Etiologi Hemorrhoid

Hemoroid timbul karena *dilatasi*, pembengkakan atau inflamasi vena *hemorrhoidalis* yang disebabkan oleh faktor-faktor resiko/pencetus, seperti :

1. Pola BAB yang salah, duduk terlalu lama saat BAB (sambil membaca atau merokok)

Duduk terlalu lama saat BAB menyebabkan otot-otot di sekitar anus dalam posisi terlalu lama menegang, bengkak, dan akibatnya akan sakit saat mengeluarkan feses, bahkan disertai darah. Hal tersebut terjadi, karena sumbu dubur diposisikan dengan beban terfokus pada anus. Selanjutnya, bantalan anal kanal prolaps seperti itu tidak dapat dikurangi secara spontan, tetapi secara manual (Lalisang 2016).

2. Obesitas

Penimbunan lemak didaerah abdomen akan memberikan tegangan yang abnormal pada otot sfingter internal hingga mengakibatkan hemoroid (Wibowo et al. 2018).

3. Kehamilan (disebabkan oleh tekanan pada abdomen dan perubahan hormonal)

Peningkatan tekanan intraabdomen selama kehamilan akan menyebabkan terjadinya pelebaran vena hemoroidalis dan dapat memicu terjadinya hemoroid (Safyudin dan Damayanti 2017). Tingginya kadar hormon progesteron selama kehamilan akan menyebabkan otot-otot berelaksasi untuk memberi tempat janin berkembang. Relaksasi otot ini juga mengenai otot usus

sehingga akan menurunkan motilitas usus dan berkontribusi terhadap kejadian hemoroid (Kestránek 2019).

4. Faktor usia

Hong et al. (2022) menyatakan, bahwa hemoroid banyak ditemui pada usia yang lebih tua dengan rentang 50-67 tahun, sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Jong Hyun et al. (2014) didapatkan hasil, bahwa hemoroid paling banyak ditemui pada usia 40-49 tahun.

5. Konstipasi kronik

Tekanan yang keras saat mengejan ini yang dapat mengakibatkan trauma berlebihan pada pleksus hemoroidalis sehingga menyebabkan hemoroid. Peningkatan tekanan intraabdomen mengganggu drainase vena pelvis yang menyebabkan kongesti pleksus hemoroidalis

6. Diare yang berlebihan, hingga diare kronik

Seseorang yang lama mengalami diare akan menyebabkan iritasi yang terus menerus pada pleksus hemoroidalis, sehingga dapat memicu terjadinya hemoroid (Natasa 2019)..

7. Faktor makanan

Suplementasi serat telah memungkinkan pasien untuk BAB tanpa mengejan jika mereka relatif konstipasi. Apabila konsumsi serat kurang, massa feses menjadi terlalu sedikit untuk dapat didorong keluar oleh gerak peristaltik usus. Akibatnya dapat menyebabkan sulit BAB sehingga perlu usaha mengejan saat mengeluarkan feses. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan di pembuluh darah di daerah anus, yaitu pleksus hemoroidalis menjadi merenggang sehingga terjadi hemoroid (Natasa 2019).

8. Kurangnya aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik, seperti duduk terlalu lama dapat meningkatkan risiko pembekuan terhadap pembuluh vena dalam hingga dua kali lipat. Biasanya pembekuan darah terjadi pada bagian betis bahkan bisa terjadi dibagian saluran pencernaan bawah. Jika pembekuan ini tidak dicairkan dengan obat pengencer darah, maka akan terjadi hematoma yang dapat mengganggu aliran darah. Jika hal ini terjadi pada anus, maka terjadilah hemoroid (Wibowo et al. 2018).

2.1.4. Patofisiologi

Hemoroid dapat disebabkan oleh konstipasi, kehamilan, diare, obesitas, faktor makanan, dan kurang aktivitas atau terlalu banyak duduk. Hemoroid timbul akibat kongesti vena yang disebabkan oleh gangguan aliran balik dari *vena hemoroidalis*. Telah diajukan beberapa faktor etiologi yaitu konstipasi, diare, sering mengejan, kongesti pelvis pada kehamilan, pembesaran prostat, fibroid uteri, dan tumor rektum. Penyakit hati *kronis* yang disertai hipertensi portal sering mengakibatkan *hemoroid*, karena *vena hemoroidalis superior* mengalirkan darah ke sistem *portal*. Selain itu sistem *portal* tidak mempunyai *katup*, sehingga mudah terjadi aliran balik (Anisa 2019)

Hemoroid yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan *prolaps*. Pada tahap awal penonjolan ini hanya terjadi pada saat *defekasi* dan disusul oleh *reduksi* sesudah selesai *defekasi*. Pada stadium yang lebih lanjut *hemorrhoid interna* didorong kembali setelah *defekasi* masuk kedalam anus. Akhirnya *hemoroid* dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami *prolaps* menetap dan tidak dapat terdorong masuk lagi. Keluarnya

mukus dan terdapatnya *feses* pada pakaian dalam merupakan ciri *hemorhoid* yang mengalami *prolaps* menetap. *Iritasi* kulit perianal dapat menimbulkan rasa gatal yang dikenal sebagai *pruritus anus* dan ini disebabkan oleh kelembaban yang terus menerus dan rangsangan *mukus*.

2.1.5. Klasifikasi

Haryono (2012) dalam (Sagitha 2020) menyebutkan, bahwa klasifikasi hemoroid berdasarkan letak terjadinya Hemoroid, yaitu Hemoroid Interna dan Heoroid Eksterna.

1. Hemoroid Interna

Hemoroid Interna terbagi menjadi beberapa derajat, meliputi:

a. Derajat I

Terjadi pembesaran Hemoroid yang tidak prolaps keluar kanal anus. Hanya dapat dilihat dengan anorektoskop

b. Derajat II

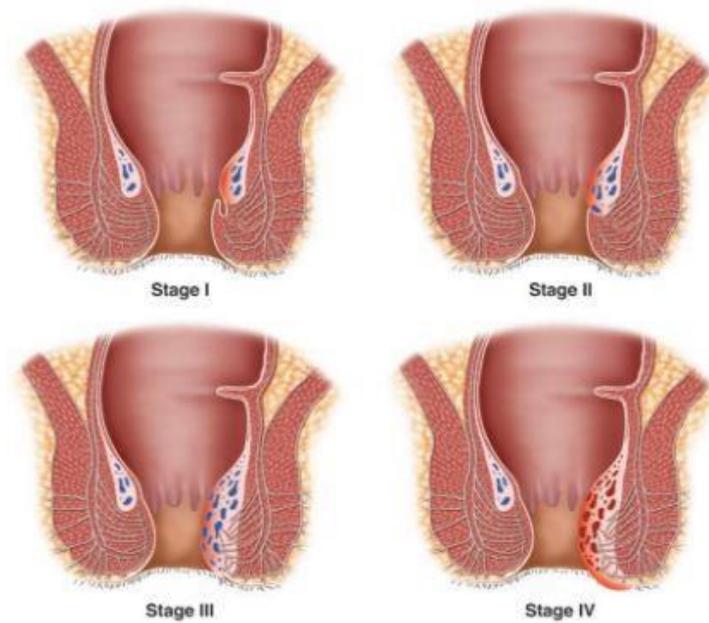
Pembesaran Hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan setelah selesai BAB

c. Derajat III

Pembesaran Hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari.

d. Derajat IV

Prolaps Hemoroid yang permanen, rentan dan cenderung untuk mengalami thrombosis atau infark.



Gambar 2. 3 Derajat Hemoroid Interna (Sumber: Scott R Steele, 2016 dalam Sagitha, 2020)

2. Hemoroid Eksterna

Hemoroid eksterna diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan hematoma, bentuk ini sering sangat nyeri dan gatal karena ujungujung saraf pada kulit merupakan reseptor nyeri. Hemoroid eksterna kronik atau *skin tag* berupa satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri dari jaringan penyambung dan sedikit pembuluh darah.



Gambar 2. 4 Hemoroid Eksterna

2.1.6. Manifestasi Klinis

1. Perdarahan

Perdarahan umumnya merupakan tanda utama pada penderita *hemorrhoid interna* akibat trauma oleh feses yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak tercampur dengan feses, dapat hanya berupa garis pada anus atau kertas pembersih sampai pada pendarahan yang terlihat menetes atau mewarnai air toilet menjadi merah. Walaupun berasal dari vena, darah yang keluar berwarna merah segar (Natasa 2019).

2. Nyeri

Nyeri jarang terjadi pada hemoroid meskipun derajatnya sangat parah dalam hal perdarahan dan prolaps. Namun, ketika ada keluhan sakit atau nyeri anal yang signifikan, etiologi lain seperti fisura ani. Adanya tumpukan trombosis, eksternal atau internal, menunjukkan bahwa nyeri rektum terkait erat dengan hemoroid (Natasa 2019).

3. Anemia

Anemia terjadi karena adanya perdarahan hemoroid berulang yang bersifat kronik atau lebih dari 6 bulan.

4. Keluar lendir dari anus

Keluarnya lendir dari anus dapat disebabkan oleh karena hemoroid internal yang ditutupi oleh mukosa. Hal tersebut dapat menyebabkan ketidaknyamanan karena mengotori pakaian dalam. *Skin tag* juga sering menjadi sumber ketidaknyamanan. Ketika *skin tag* menjadi besar dan fibrotik, kemungkinan hal ini adalah hasil dari prolaps hemoroid yang mana penderita dapat merasakan adanya masalah kebersihan anal, ketidaknyamanan anal, atau pruritus yang

mungkin berkorelasi (Natasa 2019)

5. Rasa gatal karena adanya iritasi pada perianal yang dikenal dengan pruritus anus

2.1.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hemoroid, meliputi (Natasa 2019):

1. Pemeriksaan darah lengkap untuk melihat nilai Hb, eritrosit, Hematokrit
2. Kolonoskopi untuk melihat rongga usus besar dan dinding bagian dalam usus. Pemeriksaan ini memungkinkan dokter untuk melihat seluruh usus besar menggunakan tabung tipis, fleksibel, dan terang dengan kamera terpasang. Selama prosedur, dokter dapat mengambil sampel kecil jaringan (biopsy) untuk analisis laboratorium.
3. Pemeriksaan Colok Dubur diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan *karsinoma rektum*. Pada *hemoroid interna* tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak terasa nyeri
4. Anoskop diperlukan untuk melihat *hemoroid interna* yang tidak menonjol keluar.
5. Kadar besi serum, albumin serum, dan elektrolit

2.1.8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan untuk hemoroid tergantung dari derajat keparahan hemoroid itu sendiri. Penatalaksanaan hemoroid dibagi menjadi terapi non-bedah dan terapi bedah.

1. Penatalaksanaan Konservatif

- a. Koreksi konstipasi jika ada, meningkatkan konsumsi serat, laksatif, dan menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan konstipasi seperti kodein.
- b. Kombinasi antara anestesi lokal, kortikosteroid, dan antiseptik dapat mengurangi gejala gatal-gatal dan rasa tak nyaman pada hemoroid. Penggunaan steroid dalam jangka waktu lama harus dihindari untuk mengurangi efek samping.
- c. Skleroterapi: pasien dengan hemoroid interna derajat I dan II. Seperti ligasi gelang karet, skleroterapi tidak memerlukan anestesi lokal. Dilakukan melalui anoskop, hemoroid internal ditemukan dan disuntikkan larutan kimia yang merangsang misalnya 5% fenol dalam minyak nabati ke dalam submukosa.
- d. Ligasi dengan gelang karet biasanya digunakan untuk mengobati hemoroid interna derajat II dan III. Dengan bantuan anoskop, mukosa di atas hemoroid yang menonjol dijepit dan ditarik atau dihisap ke dalam tabung ligator khusus. Gelang karet didorong dari ligator dan ditempatkan dengan rapat di sekeliling mukosa pleksus hemoroidalis tersebut. Pada satu kali terapi hanya diikat satu kompleks hemoroid, sedangkan ligasi berikutnya dilakukan dalam jarak waktu dua sampai empat minggu (Pradiantini dan Dinata 2021).

2. Pembedahan

Terapi hemoroid dengan tindakan bedah biasanya digunakan untuk hemoroid interna yang sudah cukup parah atau bahkan sudah mencapai derajat IV dan sangat mengganggu aktivitas pasien. Terapi bedah yang sering digunakan untuk hemoroid adalah hemoroidektomi eksisi, stapled hemorrhoidopexy dan

Hemorrhoidal artery ligation (HAL) yang dikombinasikan dengan recto-anal repair (RAR). Apabila *hemoroid internal* derajat I yang tidak membaik dengan penatalaksanaan konservatif maka dapat dilakukan tindakan pembedahan. HIST (*Hemorrhoid Institute of South Texas*) menetapkan indikasi tatalaksana pembedahan *hemoroid* antara lain

- a. Hemoroid internal derajat II berulang
- b. Hemoroid derajat III dan IV dengan gejala
- c. Mukosa rektum menonjol keluar anus
- d. Hemoroid derajat I dan II dengan penyakit penyerta seperti fisura
- e. Kegagalan penatalaksanaan konservatif
- f. Permintaan pasien

2.1.9. Penatalaksanaan Keperawatan

Hemorrhoid merupakan sesuatu yang fisiologis, maka terapi yang dilakukan hanya untuk menghilangkan keluhan, bukan untuk menghilangkan *pleksus hemorrhoidalis*. Pada *hemorrhoid* derajat I dan II terapi yang diberikan berupa terapi lokal dan himbauan tentang perubahan pola makan.

Dianjurkan untuk banyak mengonsumsi sayur-sayuran dan buah yang banyak mengandung air. Hal ini untuk memperlancar buang air besar sehingga tidak perlu mengejan secara berlebihan. Pemberian obat melalui anus (suppositoria) dan salep anus diketahui tidak mempunyai efek yang berarti kecuali sebagai efek anestetik dan astringen.

Terapi *hemorrhoid* non medis dapat berupa perbaikan pola hidup, makan dan minum, perbaikan cara/pola defekasi (buang air besar). Memperbaiki defekasi merupakan pengobatan yang selalu harus ada dalam setiap bentuk dan derajat

hemorrhoid. Perbaikan defekasi disebut bowel management program (BMP) yang terdiri dari diet, cairan, serat tambahan, pelicin feses dan perubahan perilaku buang air. Dianjurkan untuk posisi jongkok waktu defekasi dan tindakan menjaga kebersihan lokal dengan cara merendam anus dalam air selama 10-15 menit 3 kali sehari. Memberikan pengetahuan kepada pasien untuk tidak banyak duduk atau tidur, dan memperbanyak aktivitas, memperbanyak konsumsi air mineral dan makanan tinggi serat, dan menghindari makanan yang terlalu pedas (Natasa 2019).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

a. Identitas

Hong et al. (2022) menyatakan, bahwa hemoroid banyak ditemui pada usia yang lebih tua dengan rentang 50-67 tahun, sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Jong Hyun et al. (2014) didapatkan hasil, bahwa hemoroid paling banyak ditemui pada usia 40-49 tahun. Jenis kelamin perempuan memiliki faktor resiko lebih besar untuk menderita Hemoroid. Pekerjaan yang lebih sering duduk, beresiko tinggi terkena Hemoroid.

b. Keluhan Utama

Biasanya pada klien mengeluh nyeri pada area perianal, mengeluh lemah, dan terdapat perdarahan segar pada anus saat defekasi.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Perdarahan saat defekasi, terasa gatal pada anus, perasaan lemah, kadang disertai diarre ataupun konstipasi.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

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

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Menanyakan penyakit yang pernah dialami oeh anggota keluarga, serta bila ada yang meninggal tanyakan penyebabnya.

f. Pemeriksaan Fisik B1-B6

- 1) Sistem Pernapasan: respirasi pasien dengan Hemoroid cenderung normal (16-24x/menit).
- 2) Sistem Kardiovaskuler: pada pasien Hemoroid yang memiliki perdarahan biasanya terdapat takikardi karena nyeri, kulit/membrane mukosa kering, konjungtiva anemis, akral bisa dingin atau HKM, kulit cenderung pucat.
- 3) Sistem Persarafan: kelemahan dalam beraktivitas, tetapi ada yang tidak memiliki keluhan pada neurologi.
- 4) Sistem Perkemihan: pada pasien Hemoroid bisa tidak terdapat gangguan pada sistem perkemihan.
- 5) Sistem Pencernaan: tekstur feses bervariasi dari keras-berair (diare), defekasi berdarah, perdarahan per rectal, mual/muntah, penurunan berat badan, adanya lendir dan darah segar saat BAB.
- 6) Sistem Integumen dan Muskuloskeletal: kulit dan membrane mukosa kering cenderung, kelemahan tonus otot dan turgor kulit kurang elastis karena perdarahan terus menerus, merasa gatal pada daerah perianal. Tetapi

pada beberapa orang, tidak mengalami masalah pada sistem muskuloskeletal.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin
- b. Konstipasi berhubungan dengan penyebab situasional
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- d. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembapan
- f. Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- g. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Pada Pasien Dengan Hemoroid

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi Perifer (SLKI, L.02011) 1. Denyut nadi perifer meningkat (60-100x/menit) 2. Pengisian kapiler membaik 3. Akral membaik (HKM)	Perawatan Sirkulasi (SIKI, I.14570) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) Terapeutik 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku

		4. Turgor kulit membaik	5. Lakukan hidrasi Kolaborasi Kolaborasi pemberian tranfusi darah, bila perlu
2.	Konstipasi berhubungan dengan penyebab situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. Distensi abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik	Manajemen Konstipasi Observasi 1. Periksa tanda dan gejala 2. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi Edukasi 1. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 2. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 3. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi Terapeutik 1. Ajarkan diet tinggi serat 2. Lakukan masase abdomen, jika perlu 3. Lakukan evaluasi feses secara manual 4. Berikan enema atau irigasi, jika perlu Kolaborasi Kolaborasi penggunaan obat pencahar
3.	Resiko perdarahan dibuktikan dengan trauma	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: 1. Kelembapan membran mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Perdarahan anus menurun 4. Hemoglobin membaik 5. Hematokrit membaik 6. Tekanan darah membaik 7. Suhu tubuh membaik	Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai Hb dan Hematokrit sebelum dan sesudah kehilangan darah 3. Monitor koagulasi Terapeutik 4. Pertahankan bedrest selama perdarahan 5. Hindari penguuran suhu rektal Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 7. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan

			<p>makanan dan vitamin K</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>10. Kolaborasi pemberian produk darah</p> <p>11. Kolaborasi pemberian pelunak tinja</p>
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri akan berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Ekspresi meringis berkurang, 3. Pasien tidak tampak gelisah 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi 60-100x/menit, 6. Tekanan darah 120/80mmHg 	<p>a. Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
5.	Gangguan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit	<p>Perawatan integritas kulit (Hal 316)</p> <p>Observasi</p>

	berhubungan dengan kelembapan	meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Tekstur membaik	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, penurunan mobilitas) Terapeutik 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama pada periode diare 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif Edukasi 5. Anjurkan menggunakan pelembab 6. Anjurkan minum air yang cukup 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Anjurkan meningkatkan asupan sayur dan buah 9. Anjurkan menghindari tempapar suhu ekstrem
6.	Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x6 jam diharapkan resiko infeksi berkurang, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan cukup menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun (SLKI, 139)	Pencegahan infeksi (SIKI, I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan asupan nutrisi Kolaborasi Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>
7.	Intoleransi aktivitas	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24	1. Observasi a. Monitor kelelahan fisik dan

	berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	jam, maka toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi menurun 2. Keluhan lelah menurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea setelah aktivitas menurun 5. Perasaan lemah menurun 6. Sianosis menurun 7. Tekanan darah membaik	emosional. b. Monitor pola dan jam tidur. c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas. 2. Mandiri a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan). b. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif. c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. 3. Edukasi a. Anjurkan tirah baring. b. Anjurkan aktivitas secara bertahap. c. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. 4. Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
--	--	---	--

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan yang dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan (Potter & Perry, 2010). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

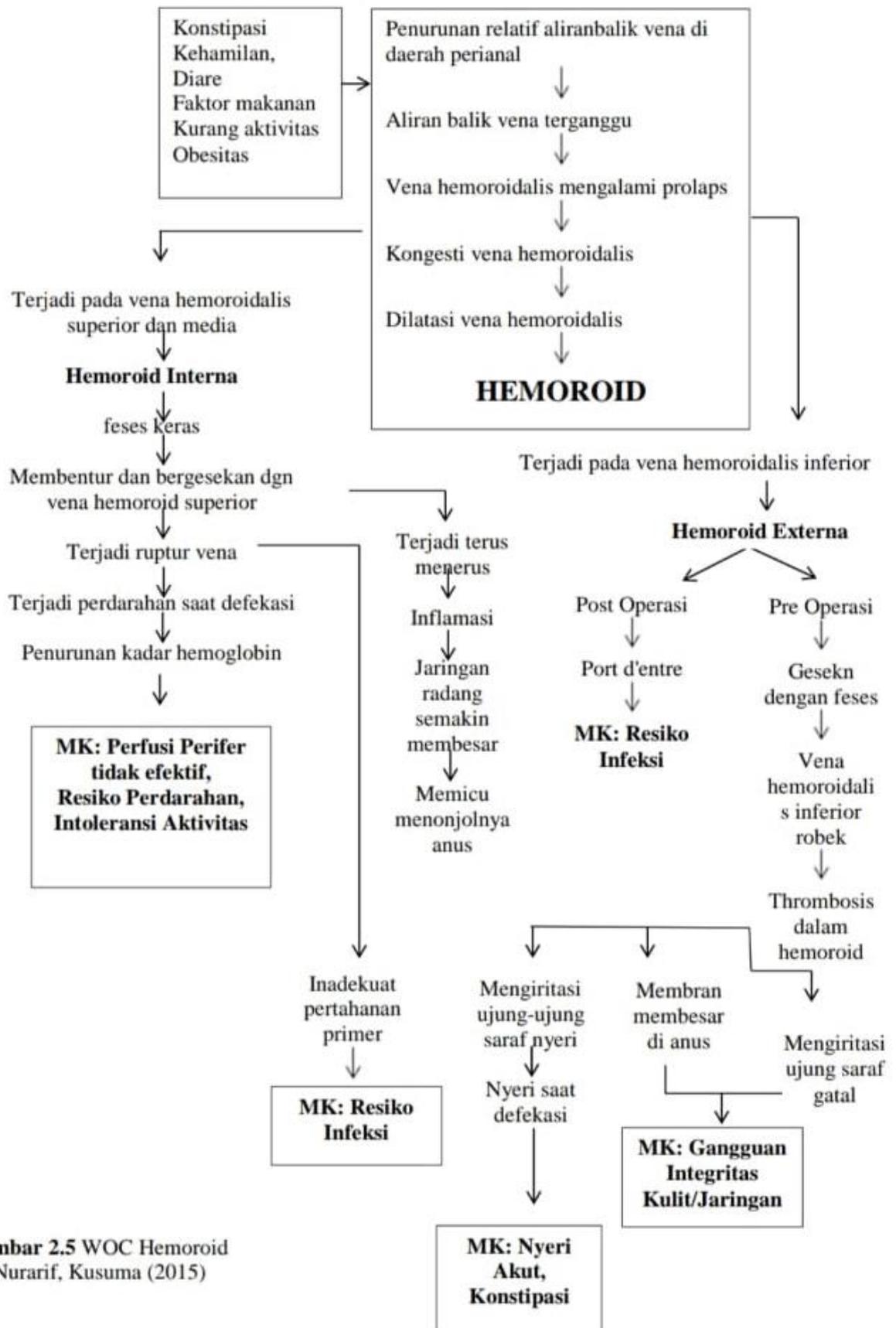
2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat

dan anggota tim kesehatan lainnya.

Setiadi (2021) dalam buku Konsep & penulisan Asuhan Keperawatan berpendapat, tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

2.3. WOC (Web Of Caution)



Gambar 2.5 WOC Hemoroid
(Nurarif, Kusuma (2015))

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan serta evaluasi pada tanggal 06 – 10 Desember 2021 di Ruang B2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

3.1. Pengkajian

3.1.1. Identitas

Tn. E (66 tahun), beragama islam, suku bangsa Jawa/Indonesia, sudah tidak bekerja, merupakan lulusan SD dan sekarang sebagai pensiunan, status perkawinan kawin dan memiliki 2 orang anak. Pasien tinggal di Surabaya, Jawa Timur, nomor registrasi pasien 00-68-XX-XX. Pasien dirawat dengan diagnosis medis *Internal Hemorrhoid*. Pasien masuk ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 03 Desember 2021 pukul 14.00 diantar oleh anaknya.

3.1.2. Keluhan Utama

Keluhan saat ini pasien mengatakan pusing dan lemas setelah BAB cair disertai darah segar.

3.1.3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang dari IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 03 Desember 2022 pukul 14.00 diantar oleh anaknya. Pasien datang dengan keluhan lemas kurang lebih 1 minggu dan BAB cair bercampur darah sudah 2 hari dengan frekuensi BAB 2-4x sehari. Menurut keluarga, pasien bertambah pucat lalu diperiksa ke Klinik As-Shafa Sidoarjo dan didapatkan Hb 3.90, kemudian pasien dirujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Selama di IGD dilakukan

observasi didapatkan kesadaran composmentis, GCS 456 (15), TD: 111/67 mmHg N: 77x/menit S: 36.5 RR: 20x/menit SPO2: 99%. Hasil pemeriksaan di IGD didapatkan GDS 144 mg/dL, hasil pemeriksaan darah lengkap Leu = 5.34, Hb = 3.90 g/dL, eritrosit = 2.93, HCT = 13.80%, PLT = 281, Na = 135.6, K = 1.03, Cl = 101.2, Alb = 3.95. Saat di IGD pasien dilakukan pemasangan infus NaCl 0.9% 500ml, dan swab antigen dengan hasil negatif.

Hasil konsulan dengan dr. Gunady, Sp.PD-KGEH, pasien mendapatkan terapi tranfusi PRC 4 bag, loperamide 2 tab – 0 – 2 tab (stop apabila diare berhenti), omeprazole tablet 1 – 0 - 1, Sucralfat syrup 30cc peroral, injeksi primperan 2x1 ampul (bila pasien muntah). Pada tanggal 03 Desember 2022 pukul 20.50, pasien dipindahkan ke ruang B2. Saat di ruang B2, pasien mendapatkan tindakan observasi TTV, terpasang NaCl 0,9% 500cc di tangan kanan, dan terpasang kateter.

Pengkajian dilakukan tanggal 06 Desember 2022 pukul 14.30 didapatkan hasil kesadaran compos mentis, GCS 456, TD: 110/78 mmHg, N: 73x/menit, S: 36.2, RR: 20x/menit, SPO2: 100%. Terpasang infus NS 0.9% 500cc pada tangan kanan, dan mendapat terapi omeprazole 3x1 ampul, Cefoperazone Sulbactam 2x1 gr, Sucralfat 10cc, Transamin 3x1 ampul.

3.1.4. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan keluarga mengatakan, pasien mempunyai riwayat ambeien sejak tahun 2015, dan Anemia Hb rendah sejak tahun 2018. Pasien memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat penyakit keluarga, dan pasien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

Pasien memiliki 2 orang anak, yang pertama berjenis kelamin laki-laki, anak

kedua berjenis kelamin perempuan. Pasien tinggal serumah dengan istri dan kedua anaknya. Kedua orang tua pasien dan istri telah meninggal dunia.

3.1.5. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Pasien tampak sedikit lemas, namun masih terlihat bersemangat. Pasien dan keluarga sangat kooperatif saat dilakukan anamnesis dan pengkajian dengan perawat di ruangan. Kesadaran pasien *compos mentis* dengan GCS *eye* 4, *motoric* 5, *verbal* 6. Tanda-tanda vital pasien diperoleh tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 73x/menit, RR: 20x/menit, Suhu 36.2, dan spO2 100%.

2. Sistem Pernapasan

Bentuk dada *normo chest*, pergerakan dada simetris, napas spontan, tidak menggunakan alat bantu napas, tidak ada otot bantu napas, fokal fremitus teraba kanan dan kiri, suara napas vesikuler, irama pola napas (*reguler*), tidak ada sesak, tidak ada ronki (-/-), tidak ada wheezing (-/-), tidak ada retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernafasan maupun sianosis, RR 20xmenit, perkusi dada sonor, palpasi tidak ada fraktur/krepitasi.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3. Sistem Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, denyut apex teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midclavicularline sinistra. Akral pasien sedikit dingin, konjungtiva anemis, nadi 73x/menit teraba sedikit lemah.

Masalah keperawatan: perfusi perifer tidak efektif

4. Sistem Persyarafan

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-5-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien penuh, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang. Refleks fisiologi : bisep +/+, trisep +/+, patella +/+, Refleks patologis : babinski -/-, kaku kuduk -/-, chaddock -/-, kernik -/, laseque -/-, bruzunki -/-, pada pemeriksaan Nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, Nervus cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus cranial III pasien mampu membuka kelopak mata, Nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, Nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus cranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, Nervus cranial VII otot wajah pasien simetris tidak ada masalah, Nervus cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus cranial IX pasien tidak ada kesulitan menelan, Nervus cranial X pasien dapat menelan dengan baik, Nervus cranial XI bahu pasien simetris tidak ada masalah, Nervus cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit dan manis.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

5. Sistem Perkemihan

Kebersihan bersih, intake SMRS pasien 1800-2000cc/24 jam, intake MRS pasien 2000 cc/24 jam (minum air putih 1000cc dan infus 100cc/24jam), output 1200 cc/24 jam (urin), tidak ada distensi kandung kemih. Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, terpasang kateter warna kuning jernih 300cc.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

6. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, mukosa bibir lembab, tidak memiliki gigi palsu, tidak ada kelainan pada faring. Diit sebelum masuk rumah sakit adalah nasi, lauk, sayur, dengan frekuensi 3x/hari. Saat di rumah sakit mendapat diit bubur kecap 1.700 kalori 3x/hari dengan porsi makan habis 1 porsi. Pasien mengeluh mual tetapi tidak muntah, tidak terpasang NGT, dan minum air putih +/- 2000cc/24 jam. Bentuk abdomen datar, tidak ada asites, tidak ada kelainan abdomen, lien dan hepar tidak ada pembesaran. Pasien mengatakan frekuensi BAB selama di rumah sakit 3x dari sekitar pukul 08.00 dengan konsistensi cair berwarna kecoklatan disertai darah segar, pasien tidak terpasang kolostomi. Pengkajian nyeri didapatkan pasien mengeluh nyeri saat BAB dengan sensasi panas dan ditusuk-tusuk, lokasi di perut bagian bawah dan anus, skala 4 (1-10) dengan waktu 5 menit hilang timbul.

Masalah keperawatan: diare, nyeri akut

7. Sistem Integumen dan Muskuloskeletal

Rambut berwarna hitam dan terdapat uban, tidak ada lesi/tumor, kuku bersih, turgor kulit baik, massa otot normal, dan ROM aktif, turgor kulit elastis.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

8. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tidak memiliki riwayat DM.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

9. Sistem Penginderaan

Mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, lapang pandang

normal, pupil isokor, gerakan bola mata simetris. Telinga simetris, keadaan bersih, tidak ada serumen, fungsi pendengaran normal. Tidak ada septum deviasi, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, fungsi penciuman normal.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

10. Sistem Genitalia

Terdapat hemorroid, tidak terdapat lesi/kelainan pada area genitalia, pasien terpasang kateter.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3.1.6. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan Perawatan Diri

Sebelum masuk rumah sakit. Pasien selalu mandiri dalam memenuhi aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian/ berdandan, eliminasi/toileting, mobilitas di tempat tidur, berpindah, pasien lebih sering duduk menonton televisi.

Setelah masuk rumah sakit :

Pasien masih dibantu oleh anak dan saudaranya dalam kemampuan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan mandi, berpakaian/berdandan, eliminasi/toileting, dan saat makan.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

b. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit :

Di rumah pasien mandi 2x/hari menggunakan sabun, gosok gigi 3x/hari saat mandi pagi dan sore serta saat akan tidur malam, keramas 2x/minggu dan

potong kuku 1x/minggu. Pasien mengatakan saat BAB sering sambil merokok.

Setelah masuk rumah sakit:

Selama di rumah sakit, pasien mandi secara mandiri pagi dan sore, gosok gigi 2x/hari, pasien belum keramas selama di rumah sakit, dan belum potong kuku.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Istirahat Tidur

Sebelum MRS kualitas tidur pasien baik, jumlah tidur 8-9 jam perhari, yaitu pukul 21.00-05.00 dan saat siang pasien tidur 1-2 jam.

Saat MRS pasien lebih banyak tidur di tempat tidur, jumlah tidur 6 - 7 jam per hari, kualitas tidur tidak nyenyak. Pasien mengaku sering terbangun karena sakit perut dan keluar masuk kamar mandi. Masalah keperawatan yang muncul: gangguan pola tidur.

Masalah keperawatan: gangguan pola tidur

3. Kognitif Perseptual-Psiko-Spiritual

a. Konsep Diri

- 1) Ideal diri : Tn. E berharap cepat pulang ke rumah agar bisa bertemu dengan keluarga dan kerabat dan beraktivitas semula
- 2) Harga diri : Tn. E cepat ingin sembuh.
- 3) Citra diri : Tn. E menyukai seluruh anggota bagian tubuhnya
- 4) Peran diri : Tn. E ingin cepat pulang berkumpul bersama keluarga. Kegiatan pasien saat waktu luang, pasien berkumpul dengan keluarga (menonton TV dan mengobrol). Keluarga merupakan sistem pendukung pasien saat sakit

maupun sehat, hubungan pasien dengan orang lain baik.

5) Identitas diri : Pasien adalah seorang laki-laki berumur 66 tahun, SMRS pasien adalah seorang ayah dan suami yang tinggal dengan istri dan anak, saat MRS pasien adalah seorang pasien di ruang B2.

b. Pola Kepercayaan

Pasien beragama Islam, saat di rumah sakit pasien tetap melaksanakan ibadah tepat waktu. Pasien tidak memiliki pantangan agama dan tidak meminta kehadiran rohaniawan.

c. Pola Koping

Pasien dan keluarga mengatakan tidak memiliki masalah keuangan selama MRS, karena pasien terdaftar BPJS. Pasien memiliki adaptasi yang baik, dan menerima penyakitnya.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3.1.7. Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Penunjang Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Tanggal 05 Desember 2021.

Tanggal 05 Desember 2021			
Darah Lengkap	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leukosit	7.11	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
Eosinofil%	H 6.50	%	0.5 - 5.0
Basofil%	0.6	%	0.0 - 1.0
Neutrofil%	67.50	%	50.0 - 70.0
Limfosit%	L 14.80	%	20.0 - 40.0
Hemoglobin	L 7.20	g/dL	13 - 17
Hematokrit	L 24.70	%	40.0 - 54.0
Eritrosit	4.20	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 - 5.50
• MCV	L 58.8	fmol/cell	80 - 100
• MCH	L 17.1	pg	26 - 34
• MCHC	L 29.1	g/dL	32 - 36
RDW_CV	H 34.7	%	11.0 - 16.0

RDW_SD	H 69.0	fL	35.0 - 56.0
Trombosit	305.00	10 ³ /μL	150 - 450
• PDW	L 14.8	%	15-17
• PCT	L 0.259	10 ³ /μL	1.08 - 2.82

2. Radiologi



3. Penatalaksanaan Medis

Tabel 3. 2 Terapi Medis Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Tgl	Terapi	Dosis	Rute	Indikasi
1.	PRC (bag ke 4 masuk tgl 05/12/21)	4 bag	IV	Meningkatkan hemoglobin, dan mengembalikan darah yang hilang
2.	Omeprazole	1x1	IV	Mengatasi gangguan lambung, seperti penyakit asam lambung dan tukak lambung, aritmia, dan gagal jantung

3.	Syr Sucralfat	3x10 cc	Oral	Mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, atau gastritis kronis
4.	Infus NS	14 tpm	IV	Untuk cairan hidrasi
5.	Primperan	2x1 amp	IV	obat antiemetik yang digunakan untuk meredakan mual dan muntah
6.	Cefosulbactam	2x1	IV	Antibiotik
7.	Zinc	1x1 tab	Oral	Fungsi imunitas, meringankan diare
8.	Transamin	3x1 ampul	IV	Meringankan perdarahan

3.2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 3 Diagnosa keperawatan Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Data/Faktor Resiko	Etiologi	Masalah/Problem
<p>DS: Pasien dan keluarga mengatakan hari ini sudah BAB 3x bentuk cair, ada sedikit darah segar. Pasien mengaku pusing dan lemas</p> <p>DO: TD: 110/78mmHg N: 73x/menit teraba sedikit lemah GCS: 456 Turgor kulit elastis</p>	Inflamasi gastrointestinal	Diare (SDKI, D.0020)
<p>DS: - DO: Konjungtiva anemis Pasien terlihat pucat, CRT <2 detik, nadi teraba sedikit lemah 73x/menit, Hb tgl 06/12/21 7.20 mendapat tranfusi darah 4 bag tgl 05/12/21 pukul 19.30</p>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif (SDKI, D.0009)
<p>Ds. – Pasien mengatakan nyeri pada perut bawah dan anus, riwayat Hemoroid</p> <p>Nyeri: P: saat BAB Q: panas, ditusuk-tusuk R: perut bawah dan anus S: 4 (1-10) T: 5 menit, hilang timbul</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut (SDKI, D.0077)

DO. TD: 110/78 N: 73x/menit S: 36.2 RR: 20x/menit GCS: 456		
DS: pasien mengatakan tidur tidak nyenyak karena perut sering sakit dan keluar masuk kamar mandi Pasien mengatakan kadang terbangun tengah malam Pasien mengatakan lemas dan mudah capek DO: -	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur (SDKI, D.0055)

3.3. Daftar Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Daftar Prioritas Masalah Pada Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal		Nama perawat
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Diare berhubungan dengan infamasi gastrointestinal	06/12/21	10/12/21	
2.	Perfusi perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	06/12/21	10/12/21	
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	06/12/21	10/12/21	
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	06/12/21	10/12/21	

3.4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan Pada Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Diare	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diare membaik, dengan kriteria hasil: 1. Konsistensi feses membaik 2. Frekuensi defekasi membaik	1. Monitor volume, warna, frekuensi, dan konsistensi tinja 2. Monitor tanda dan gejala hipovolemia 3. Monitor iritasi dan ulserasi di daerah perianal 4. Evauasi efek samping pengobatan terhadap GIT 5. Monitor jumlah pengeluaran

		<p>3. Kelembapan mukosa meningkat</p> <p>4. Dehidrasi menurun</p> <p>5. Turgor kulit membaik</p>	<p>diare</p> <p>6. Ajarkan pasien menggunakan obat antidiare</p> <p>7. Instruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein dan tinggi kalori</p>
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keadekuatan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <p>Perfusi perifer (SLKI, L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Turgor kulit meningkat 4. Akral membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (SIKI, I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 4. Lakukan hidrasi 5. Lakukan pencegahan infeksi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
3.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Ajarkan teknik nonfarmakologis

			<p>untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik</p>
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola dan aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Lakukan prosedur runtuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan relaksasi nonfarmakologik 2. Ajarkan manajemen nyeri untuk menurangu nyeri yang dirasakan

3.5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn. E dengan *Internal Hemorrhoid* di Ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	Paraf	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1,2,3,4,	06/12/21 07.00	1. Melakukan timbang terima dengan perawat shift malam		06/12/21 14.20	DX 1: diare S: Pasien dan keluarga mengatakan hari ini sudah BAB 3x bentuk cair, ada sedikit darah segar. Pasien mengaku pusing dan lemas O: Mukosa bibir kering, tidak terdapat tanda dehidrasi, turgor kulit baik, N: 70 teraba sedikit lemah A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan Dx 2: perfusi perifer tidak efektif S: - O: konjungtiva masih anemis, pasien masih terlihat pucat, akral sedikit dingin, CRT <2 detik, nadi teraba sedikit lemah N: 70x/menit teraba sedikit lemah Nilai Hb tgl 06/12/21 → 7.20mg/dL A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
	07.30	2. Melakukan validasi keadaan pasien → konjungtiva anemis, kulit cenderung pucat, CRT <2 detik, akral HKM, GCS 456; kesadaran composmentis, terpasang kateter urin 80cc kuning jernih				
	07.40	3. Menyiapkan obat pasien oral dan injeksi → Omeprazole 1tab Syrup sucralfat oral 10cc Primperan (injeksi) 1ampul Cefoperazone sulbactam (injeksi) 1gram Transamin (injeksi) 1ampul				
	07.45	4. Memberikan obat oral dan injeksi pada pasien				
	07.55	5. Mengobservasi keluhan pasien → px mengatakan BAB 3x, ada darah segar, cair kecoklatan				
	09.10	6. Mengikuti dokter Gunady visite → Rencana Kolonoskopi bila Hb >8 (Rabu) Selasa siang mulai puasa makanan (boleh minum)				

		Selasa sore Fleet posposoda NS 1000cc/24 jam 14 tpm, Terapi lanjut				
09.30	7.	Mengobservasi keluhan pasien → pusing, lemas, nyeri P: saat BAB Q: panas, ditusuk-tusuk R: perut bawah dan anus S: 4 T: 5 menit, hilang timbul			DX 3: nyeri akut S: Pasien mengatakan nyeri belum berkurang P: saat BAB Q: panas, ditusuk-tusuk R: perut bawah dan anus S: 4 T: 5 menit, hilang timbul	
10.00	8.	Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri			O: Pasien terlihat sedikit gelisah TD: TD: 115/64 N: 70 teraba sedikit lemah	
10.30	9.	Memberikan posisi yang nyaman → semi fowler Melakukan observasi TTV → TD: 115/64 N: 70 teraba sedikit lemah S: 36.5 RR: 21 SPO2: 99			A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
11.15	10.	Mengingatkan pasien untuk beribadah sesuai agama dan keyakinan			DX 4: gangguan pola tidur S: pasien menatakan tidur tidak nyenyak karena perut sering sakit dan keluar masuk kamar mandi Pasien mengatakan kadang terbangun tengah malam Pasien mengatakan lemas dan mudah capek	
11.45	11.	Memberikan diit sesuai kebutuhan			O: -	
12.00	12.	Mengevaluasi adanya reaksi obat → tidak ada reaksi alergi			A: masalah belum teratasi	
12.30					P: intervensi dilanjutkan	
14.00	13.	Melakukan timbang terima dengan perawat shift sore				

	18.05 18.10 18.50 19.30 20.00 20.05 20.10 20.15 21.00	11. Memberikan obat oral sucralfat 10cc 12. Memberi diit sesuai advis = habis ½ porsi 13. Memberi injeksi cefobactam 1 gr (d/m NS 0,9% 100cc) 14. Mengobservasi keluhan nyeri pasien P: saat BAB Q: panas, ditusuk-tusuk R: perut bawah dan anus S: 4 T: 5 menit, hilang timbul 15. Mengobservasi BAB pasien → pasien mengatakan pukul 17.30 telah BAB 1x sedikit encer tanpa ada darah 16. Menganjurkan pasien untuk istirahat 17. Mengingatkan pasien untuk beribadah sesuai agama dan keyakinan 18. Menmemberikan pasien posisi nyaman → semi fowler 15° 19. Melakukan timbang terima dengan perawat shift malam			TD: 113/78mmHg N: 78x/menit A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan DX 4: gangguan pola tidur S: pasien mengatakan dapat tidur siang 2jam, sudah lebih rileks Pasien mengatakan lemas dan mudah capek O: - A: masalah teratsi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
1,2,3,4	06/12/21 21.00 21.30 21.35 21.40	1. Melakukan timbang terima dengan perawat shift sore 2. Melakukan validasi ke pasien → terpasang NaCl 0,9% 500cc 14tpm ta-ka 3. Melakukan observasi keadaan pasien → k/u baik, GCS 456, compos mentis 4. Mengobservasi keluhan pasien → nyeri di anus		07/12/21 07.30	DX 1: diare S: pasien mengatakan pukul 17.30 telah BAB 1x sedikit encer tidak ada darah O: TD: 123/80 mmHg N: 86x/menit teraba membaik Turgor kulit elastis, tidak ada tanda dehidrasi	

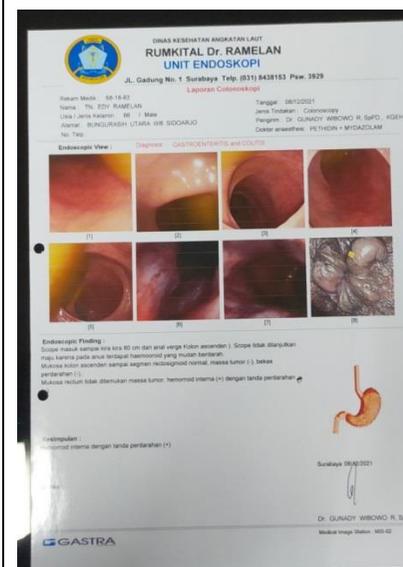
		terasa panas dan tertusuk-tusuk skala 3 saat BAB			A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
21.45	5.	Mengkaji masalah diare pasien → pasien mengatakan sudah tidak diare, trakhir BAB pukul 17.30, sudah mendingan			Dx 2: perfusi perifer tidak efektif S: -	
21.50	6.	Menyarankan pasien untuk istirahat, memastikan lingkungan pasien aman dan nyaman, memastikan bed trail terpasang			O: konjungtiva masih anemis, pasien masih terlihat pucat, akral HKM, CRT <2 detik, nadi teraba membaik	
23.00	7.	Pasien tampak istirahat dan tidur			N: 86x/menit teraba membaik	
04.20	8.	Menyiapkan air hangat untuk pasien			Nilai Hb tgl 06/12/21 → 7.20mg/dL	
04.30	9.	Mengingatkan pasien untuk beribadah sesuai agama dan keyakinan			A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
05.00	10.	Membantu pemenuhan kebutuhan ADL pasien			DX 3: nyeri akut	
05.10	11.	Melakukan observasi TTV → TD: 123/80 N: 86x teraba membaik S: 36.5 RR: 20 SPO2: 100 GCS: 456, akral HKM, konjungtiva anemis, kulit cenderung pucat			S: Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang	
05.20	12.	Mengambil darah vena untuk cek darah lengkap			P: saat BAB	
05.55	13.	Memberikan diit sesuai kebutuhan pasien			Q: panas, ditusuk-tusuk	
06.05	14.	Memberikan injeksi Cefoperazone sulbactam 1gr/IV			R: perut bawah dan anus	
06.30	15.	Mengevaluasi reaksi alergi → tidak ada reaksi alergi			S: 3	
06.35	16.	Mengevaluasi keluhan tidur pasien → pasien mengatakan sudah bisa tidur meskipun kadang masih gelisah, tidak sering terbangun			T: 5 menit, hilang timbul	
06.45	17.	Menganjurkan pasien untuk melakukan			O:	
					19. TD: 123/80	
					N: 86x teraba membaik	
					A: masalah teratasi sebagian	
					P: intervensi dilanjutkan	
					DX 4: gangguan pola tidur	

	07.00	<p>mobilisasi bertahap dengan bantuan keluarga</p> <p>18. Melakukan timbang terima dengan perawat dinas pagi</p>			<p>S: pasien mengatakan sudah bisa tidur meskipun kadang masih gelisah, tidak sering terbangun</p> <p>O: -</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
1,2,3,4	08/12/21	<p>1. Melakukan timbang terima dengan perawat dinas pagi → telah menerima tranfusi PRC bag ke-3, terpasang infus NS 500cc</p> <p>07.30 2. Mengobservasi urin pasien → 80cc</p> <p>07.30 3. Menyiapkan obat oral dan injeksi</p> <p>07.50 4. Mengobservasi keadaan klien: k/u baik; GCS 456; kesadaran composmentis Terpasang infus NS 0,9% 500cc 14tpm (1000cc/24 jam)</p> <p>08.00 5. Mengobservasi keluhan pasien: nyeri berkurang, lapar, BAB terakhir tadi malam, sudah tidak diare</p> <p>P: saat BAB</p> <p>Q: ditusuk-tusuk</p> <p>R: perut bawah dan anus</p> <p>S: 2</p> <p>T: 5 menit, hilang timbul</p> <p>08.20 6. Memberikan posisi yang nyaman</p> <p>08.30 7. Mengobservasi TTV</p> <p>TD: 118/76mmHg N: 85x/menit</p> <p>S: 36.2 RR: 20 SPO2: 99%.</p> <p>11.00 8. Menyiapkan kebutuhan pasien sebelum</p>		8 Desembe r2021 13.20	<p>DX 1: diare</p> <p>S: Pasien dan keluarga mengatakan BAB terakhir tadi malam, berbentuk sedikit cair berwarna kecoklatan, sudah tidak diare, tidak ada darah segar, saat ini sedang puasa, mengeluh lapar</p> <p>O:</p> <p>TD: 118/76mmHg N: 85x/menit</p> <p>Terpasang NS 0,9% 500cc 14 tpm</p> <p>turgor kulit elastis</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2: perfusi perifer tidak efektif</p> <p>S: -</p> <p>O: pasien terlihat masih sedikit pucat, konjungtiva tidak anemis, akral HKM, nadi teraba membaik, CRT <2 detik, N: 85x/menit, nilai Hb 07/12/21 8.70 mg/dL</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	 

14.50	4. Melakukan observasi nyeri → pasien mengatakan nyeri berkurang			turgor kulit elastis tidak ada tanda dehidrasi	
15.15	5. Memberikan injeksi Omeprazole 1ampul sebelum makan			A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
15.05	6. Memberikan sucralfat oral 10cc				
15.30	7. Memberikan diit pasien sesuai hasil kolaborasi dan kebutuhan pasien			Dx 2: perfusi perifer tidak efektif	
15.40	8. Memberikan air hangat untuk bersih diri pasien			S: -	
16.10	9. Melakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan darah lengkap			O: pasien terlihat masih sedikit pucat, konjungtiva tidak anemis, akral HKM, nadi teraba membaik, CRT <2 detik, N: 85x/menit, nilai Hb 07/12/21 8.70 mg/dL	
16.45	10. Melakukan observasi TTV → TD: 120/68mmHg N: 68x/menit S: 36.2 RR: 20 SPO2: 99%. GCS 456 Konjungtiva tidak anemis, turgor kulit baik, akral HKM			A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	
18.00	11. Mengingatkan pasien untuk beribadah sesuai agama dan keyakinan			DX 3: nyeri akut	
18.30	12. Memberikan injeksi Primperan 1 ampul			S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang	
18.45	13. Memonitor reaksi alergi Obat → tidak terdapat reaksi alergi			P: saat BAB	
19.10	14. Memberikan pasien posisi nyaman → semi fowler 15°			Q: ditusuk-tusuk	
19.20	15. Memastikan lingkungan pasien aman dan nyaman			R: perut bawah dan anus	
20.00	16. Menganjurkan pasien untuk beristirahat			S: 2	
20.10	17. Mengobservasi haluaran urin kateter → 700cc (buang)			T: 5 menit, hiang timbul	
21.00	18. Melakukan timbang terima dengan perawat			O: TD: 120/68mmHg N: 68x/menit	
				A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	

		dinas malam			<p>DX 4: gangguan pola tidur S: pasien mengatakan sudah bisa tidur meskipun kadang masih gelisah, tidak sering terbangun O: - A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan</p>	
1,2,3,4	08/12/21	<p>21.00 1. Melakukan timbang terima dengan perawat dinas sore</p> <p>21.30 2. Melakukan validasi keadaan pasien → terpasang inf NaCl 0.9% 500cc 14tpm, GCS 456, kesadaran compos mentis, urin tampung 50 cc</p> <p>21.40 3. Melakukan observasi keluhan pasien → pasien sedang istirahat tidur, keluarga mengatakan pasien sdh lebih rileks dan bugar, belum BAB lagi, tidak ada diare</p> <p>21.45 4. Memastikan lingkungan pasien aman dan nyaman, terpasang bed trail</p> <p>04.30 5. Menyiapkan air hangat untuk bersih diri pasien</p> <p>04.40 6. Mengingatkan pasien untuk beribadah sesuai agama dan keyakinan</p> <p>05.00 7. Mengobservasi TTV → TD: 112/63mmHg N: 70x/menit S: 36.5 RR: 20 SPO2: 99%</p> <p>05.50 8. Memberikan injeksi Primperan 1 ampul, Omeprazole 1 tab, Sucralfat sirup 10cc</p>		09/12/21 07.30	<p>DX 1: diare S: Pasien dan keluarga mengatakan lebih rileks dan bugar, belum BAB lagi, tidak ada diare. O: TD: 112/63mmHg N: 70x/menit Terpasang NS 0,9% 500cc 14 tpm turgor kulit elastis, tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab tidak ada tanda dehidrasi A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2: perfusi perifer tidak efektif S: - O: pasien terlihat masih sedikit pucat, konjungtiva tidak anemis, akral HKM, nadi teraba membaik, CRT <2 detik, N: 70x/menit, nilai Hb 08/12/21 10.40 mg/dL A: masalah teratasi sebagian</p>	 

	<p>08.20</p> <p>08.45</p> <p>08.55</p> <p>09.05</p> <p>09.50</p>	<p>3. Melakukan observasi TTV → TD: 120/80mmHg N: 82x/menit S: 36.5 RR: 20 SPO2: 99%</p> <p>4. Melakukan observasi keluhan pasien → pasien mengatakan sudah lebih rileks dan bugar</p> <p>5. Melepas IV line pasien dan mengobservasi adanya perdarahan → tidak ada perdarahan masif</p> <p>6. Melakukan KIE kepada pasien rencana KRS → Rencana kontrol ke Poli Gastro tgl 14/12/2021 Mendapat Ardiium 500mg 15biji 2x1 Sucralfat syrup 3x1 Omeprazole 10tab 2x1 Onancentron 4mg 10 tab 2x1</p> <p>7. Menganjurkan pasien untuk meminum obat secara teratus sesuai aturan</p> <p>8. Mengantar pasien pulang</p>			<p>TD: 120/80mmHg N: 82x/menit turgor kulit baik, tidak ada tanda dehidrasi, mukosa bibir lembab</p> <p>A: pasien KRS, masalah teratasi P: intervensi dihentikan</p> <p>Dx 2: perfusi perifer tidak efektif S: - O: pasien terlihat tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, akral HKM, nadi teraba membaik, CRT <2 detik, N: 82x/menit, nilai Hb 08/12/21 10.40 mg/dL</p>	
--	--	---	--	--	---	---



BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan diagnosis medis *Internal Hemorrhoid* di ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 06 Desember 2021 sampai dengan 10 Desember 2021. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1. Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. E dengan melakukan anamnese pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan di mulai dari:

4.1.1. Data umum

Data yang didapatkan Tn. E berjenis kelamin laki-laki berusia 66 tahun, memiliki 2 orang anak, dan sudah tidak bekerja. Hong et al. (2022) menyatakan, bahwa hemoroid banyak ditemui pada usia yang lebih tua dengan rentang 50-67 tahun. Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. E berjenis kelamin laki-laki. Jenis kelamin tidak menentukan siapa yang lebih berisiko antara laki-laki ataupun perempuan. Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Jong Hyun et al. (2014), bahwa laki-laki dan perempuan memiliki resiko yang sama terkena hemoroid.

4.1.2. Riwayat Sakit

Keluhan utama yang dirasakan pasien saat pengkajian, yaitu pasien merasa lemah dan diare 3x dari pagi pukul 08.00. Pasien mengatakan memiliki riwayat Hemoroid sejak tahun 2015 dan Anemia sejak tahun 2018. Anemia dapat disebabkan oleh keluarnya darah segar saat defekasi yang diakibatkan oleh bengkaknya pembuluh darah di dalam rektum, ketika mendapat tekanan untuk defekasi pembuluh darah tersebut pecah. Penelitian yang dilakukan oleh (Demirci dan Kasap 2017), bahwa Anemia dapat disebabkan oleh keluarnya darah segar pada pasien Hemoroid dalam jangka waktu lama, meskipun kasus yang ditemui jarang. Penulis berasumsi, bahwa Anemia secara signifikan yang dialami pasien karena ketidaknormalan sel darah merah pasien. Hal tersebut dibuktikan dari hasil MCH, MCV, dan MCHC pasien yang berada pada hasil kurang dari normal, yang mengindikasikan adanya Anemia Mikrositik.

4.1.3. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Pernapasan

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak, tidak ada sumbatan jalan napas, irama napas regular, normo chest, tidak ada pernapasan cuping hidung, RR 20 x/m, spo2 100 % tanpa bantuan oksigen, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa/tumor, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, perkusi paru sonor. Teori menyebutkan, tidak terdapat masalah signifikan yang ditemukan pada pasien dengan Hemoroid, hal tersebut sesuai dengan hasil pengkajian yang dilakukan, bahwa tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem pernapasan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh (Lin et al. 2017) didapatkan, bahwa umumnya

pasien Hemoroid tidak memberikan masalah pada sistem pernapasan, tetapi apabila terlalu banyak perdarahan yang dialami dapat mengakibatkan sesak napas.

b. Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler didapatkan akral sedikit dingin, konjungtiva anemis, kulit cenderung pucat, nadi 73x/menit teraba sedikit lemah, bunyi jantung S1 S2 tunggal. Pemeriksaan darah lengkap tanggal 06 Desember 2022 didapatkan nilai Hemoglobin pasien 7.20 g/dL dan telah mendapatkan tranfusi bag ke-4 tanggal 05 Desember 2022. Rendahnya nilai Hemoglobin dapat disebabkan oleh perdarahan saat defekasi dalam jangka waktu yang lama. Peneliti berasumsi, bahwa pasien terdiagnosis *Internal Hemorrhoid*, karena terjadinya kerusakan pada bantalan anal kanal yang membuat aliran darah balik vena menjadi tidak lancar. Asumsi tersebut sesuai dengan pendapat dari Pradiantini & Dinata (2021), bahwa Hemoroid internal ditemukan sebagai kombinasi dari buang air besar dengan feses yang keras dan kerusakan bantalan anal kanal yang merupakan semacam degenerasi jaringan pendukung. Kerusakan seperti itu membuat aliran darah pada pleksus hemoroidalis mengalami stagnasi (tidak lancar) dan edema lebih lanjut menyebabkan bantalan anal kanal yang membesar.

c. Sistem Persarafan

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-5-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien penuh, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang. Refleks fisiologi : bisep +/+, trisep +/+, patella +/+, Refleks patologis : babinski -/-, kaku kuduk -/-, chaddock -/-, kernik -/, laseque -/-, bruzunki -/-, pada pemeriksaan Nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, Nervus cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus

cranial III pasien mampu membuka kelopak mata, Nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, Nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus cranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, Nervus cranial VII otot wajah pasien simetris tidak ada masalah, Nervus cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus cranial IX pasien tidak ada kesulitan menelan, Nervus cranial X pasien dapat menelan dengan baik, Nervus cranial XI bahu pasien simetris tidak ada. masalah, Nervus cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit dan manis. Pasien tidak memiliki keluhan pada sistem persyarafan. Peneliti tidak menemukan keterkaitan antara gangguan neurologi dengan kejadian hemoroid.

d. Sistem Perkemihan

Pasien tidak mengalami masalah dalam berkemih. Intake SMRS pasien 1800-2000cc/24 jam, intake MRS pasien 2000 cc/24 jam (air putih), output 1200 cc/24 jam, tidak ada distensi kandung kemih. Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, terpasang kateter warna kuning jernih. Umumnya, pasien dengan hemoroid tidak memiliki gangguan pada sitem perkemihan. Robertson (2012) menuliskan, bahwa penderita hemoroid dalam jangka waktu yang lama dapat meningkatkan resiko disfungsi ereksi pada pria.

e. Sstem Pencernaan

Saat di rumah sakit mendapat diit bubur kecap 1.700 kalori 3x/hari dengan porsi makan habis 1 porsi. Pasien mengeluh mual tetapi tidak muntah, tidak terpasang NGT, dan minum air putih +- 2000cc/24 jam. Bentuk abdomen datar, tidak ada asites, tidak ada kelainan abdomen, lien dan hepar tidak ada pembesaran. Pemeriksaan pada rektum dan anus terdapat hemorhoid. Pasien

mengatakan frekuensi BAB selama di rumah sakit 3x dari sekitar pukul 08.00 dengan konsistensi cair berwarna kecoklatan disertai darah segar. Umumnya konsistensi feses pada penderita hemoroid adalah cenderung padat dan keras. Diare yang dialami Tn. E bisa jadi adanya masalah pada gastrointestinal. Diare dapat memperparah kondisi hemoroid, karena iritasi yang terus menerus pada pleksus hemoroidalis, sehingga dapat memicu terjadinya hemoroid (Natasa 2019).

Pengkajian nyeri didapatkan pasien mengeluh nyeri saat BAB dengan sensasi panas dan ditusuk-tusuk, lokasi di perut bagian bawah dan anus, skala 4 (1-10) dengan waktu 5 menit hilang timbul. Nyeri jarang terjadi pada hemoroid meskipun derajatnya sangat parah dalam hal perdarahan dan prolaps. Namun, ketika ada keluhan sakit atau nyeri anal yang signifikan, etiologi lain seperti fisura ani. Adanya tumpukan trombosis, eksternal atau internal, menunjukkan bahwa nyeri rektum terkait erat dengan Hemoroid (Natasa 2019).

f. Sistem Integuman dan Muskuloskeletal

Keadaan umum lemah, ADL sehari-hari dibantu minimal oleh keluarga dan perawat. Pasien tampak lemah karena disebabkan oleh diare dan menurunnya kadar hemoglobin. Hemoglobin membawa oksigen, dan zat lainnya untuk didistribusikan ke seluruh tubuh. Rendahnya kadar Hb membuat jantung bekerja lebih keras untuk membawa oksigen yang membuat tubuh jadi mudah lelah.

g. Sistem Penginderaan

Pasien tidak mengalami penurunan fungsi pada sistem penginderaan. Peneliti berasumsi, bahwa tidak ada kaitan yang signifikan antara internal hemoroid dengan gangguan pada sistem penginderaan.

h. Sistem Genitalia

Terdapat hemorroid, pasien tidak mengeluhkan masalah pada genitalia. Penelitian Robertson (2012) menyebutkan, bahwa pasien hemorroid kronis beresiko meningkatkan disfungsi ereksi pada pria. Penulis berasumsi, bahwa Hemoroid dalam jangka waktu panjang, dapat beresiko tinggi terjadi infeksi pada area genital, dikarenakan keluarnya mukus yang membuat area perianal lembab dan mudah untuk terkena iritasi dan infeksi.

4.2. Diagnosa Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Hasil observasi saat pengkajian didapatkan GCS 4/5, TD: 110/78 mmHg, N: 73x/menit, S: 36.2, RR: 20x/menit, SPO2: 100%, pasien terlihat lemah dan mengeluh badan lemas. Diare menyebabkan badan terasa lemah, karena keluarnya cairan dari dalam tubuh. Inflamasi gastrointestinal menyebabkan diare, karena terganggunya penyerapan nutrisi dan cairan pada usus. Penatalaksanaan diare secara maintenance adalah dengan rehidrasi cairan dan memantau nadi perifer.
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Hasil pengkajian didapatkan adaah Tn. E terlihat pucat, konjungtiva anemis, CRT <2 detik, nadi teraba sedikit lemah 73x/menit Hb tgl 05/12/21 6.50 g/dL dan telah mendapatkan tranfusi darah 4 bag tgl 05/12/21 pukul 19.30.

Tranfusi PRC pada pasien dengan penurunan konsentrasi hemoglobin terbukti dapat meningkatkan kadar hemoglobin. 1 unit PRC dapat meningkatkan nilai Hb sekitar 1g/dL. Tranfusi PRC dilakukan untuk mengganti darah yang keluar bersamaan dengan feses.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Hasil pengkajian didapatkan Tn. E mengeluhkan nyeri pada anus saat BAB dan perut bagian bawah. Nyeri yang dirasakan berskala 4 dari rentang 1 sampai 10, dengan waktu 5 menit hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien sesekali memegang area sakit, dan sedikit gelisah.

Nyeri merupakan mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap stimulasi yang berulang atau berkepanjangan. Saat terjadi sesuatu, sel saraf khusus (nosiseptor) atau reseptor rasa sakit memberi sinyal ke otak. Sinyal nyeri dimulai di titik stimulasi dan berlanjut ke saraf, kemudian ke sumsum tulang belakang hingga sampai ke otak.

4.3. Intervensi Keperawatan

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal

Intervensi keperawatan pada diare berhubungan dengan inflamasi gastrointestinal, tujuannya setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan diare membaik dengan kriteria hasil konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, kelembapan mukosa meningkat, dehidrasi menurun, turgor kulit membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Intervensi yang akan dilakukan, antara lain; memonitor volume, warna, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor tanda dan gejala hipovolemia, memonitor iritasi dan ulserasi di daerah perineal, mengevaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal, memonitor jumlah pengeluaran diare, mengajarkan pasien menggunakan obat anti

diare, menginstruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein, dan tinggi kalori (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

2. Perfusi perifer tidak efektif

Intervensi perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, turgor kulit meningkat, akral membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Intervensi yang dilakukan, antara lain; periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, lakukan hidrasi, lakukan pencegahan infeksi, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Intervensi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik (60-90 mmHg dan 90-140 mmHg) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Intervensi yang akan dilakukan, yaitu; kaji secara komprehensif terhadap nyeri yang dirasakan pasien termasuk lokasi, karakteristik, kualitas, intensitas, faktor presipitasi, gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengungkapkan pengalaman nyeri, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, cahaya, dan suara), ajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologis (distraksi dan relaksasi), kolaborasi pemberian analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Intervensi pada gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x6 jam, diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil kesulitan tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Intervensi yang akan dilakukan, meliputi; identifikasi pola dan aktivitas tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, ajarkan relaksasi non-farmakologis, ajarkan manajemen nyeri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018).

4.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan secara terkoordinasi sesuai intervensi yang telah ditentukan dan sesuai kondisi pasien. Dalam pelaksanaan intervensi, dibutuhkan kerja sama dengan tenaga medis lainnya untuk memberikan perawatan kepada pasien dengan maksimal.

1. Diare berhubungan dengan inflamasi gastrintestinal

Implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa diare adalah dengan; memonitor volume, warna, frekuensi dan konsistensi tinja, memonitor tanda dan gejala hipovolemia, memonitor iritasi dan ulserasi di daerah perineal, mengevaluasi efek samping pengobatan terhadap gastrointestinal, memonitor jumlah pengeluaran diare, memberikan tablet Zinc untuk mendukung penyerapan air dan elektrolit di usus, merangsang reaksi kekebalan tubuh di saluran pencernaan serta memperbaiki kerusakan sel dengan cepat, menginstruksikan pasien untuk makan rendah serat, tinggi protein, dan tinggi kalori, memberikan

pasien rehidrasi cairan NS 0,9% sesuai dengan hasil kolaborasi dengan dokter penanggung jawab.

2. Perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Pelaksanaan keperawatan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif adalah dengan memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, melakukan hidrasi, memberikan produk darah PRC sesuai hasil kolaborasi dengan dokter penanggung jawab, melakukan pencegahan infeksi, menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lima (2021) didapatkan, bahwa transfusi darah terbukti efektif untuk meningkatkan perfusi perifer. Transfusi darah secara umum bertujuan mengembalikan serta mempertahankan volume normal peredaran darah, mengganti kekurangan komponen sel darah meningkatkan oksigenasi jaringan serta memperbaiki fungsi homeostatis tubuh.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada diagnosa nyeri akut, hal yang telah dilakukan, adalah mengkaji secara komprehensif terhadap nyeri yang dirasakan pasien yang meliputi *Provoke Quality Region Scale Time*, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengungkapkan pengalaman nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, cahaya, dan suara), mengajarkan cara penggunaan terapi nonfarmakologis (distraksi dan relaksasi).

Terapi standar relaksasi nafas dalam merupakan terapi non farmakologik. Terapi ini dapat mempengaruhi respon internal terhadap individu. Relaksasi nafas

dalam merupakan suatu keadaan yang dapat menstimulus tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga sistem penghambat nyeri yang akan menyebabkan nyeri berkurang atau menurun (Rohmani, Debi, dan Lestari 2018). Peneliti berasumsi, bahwa terapi relaksasi nafas dalam mampu menurunkan skala nyeri seseorang karena membuat pasien merasakan tenang dan rileks, sehingga otot-otot yang tegang menjadi lebih rileks.

4.5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan sesuai masalah pasien dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Evaluasi tanggal 10 Desember 2021 pukul 13.20 untuk diagnosa diare didapatkan hasil; pasien dan keluarga mengatakan jika pasien hanya BAB 1x saat malam hari, berwarna kecoklatan, berbentuk lunak, tidak ditemui adanya darah segar. Hasil pemeriksaan secara objektif ditemukan TD 120/80 mmHg, nadi 82x/menit teraba normal, IV line sudah dilepas oleh perawat, turgor kulit baik. Pada assessment masalah telah teratasi, intervensi dihentikan karena pasien telah KRS.
2. Evaluasi tanggal 10 Desember 2021 untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif ditemukan pasien terlihat tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, akral HKM, nadi 82x/menit teraba membaik, CRT <2 detik, nilai Hb tanggal 08 Desember 2021 10.40 g/dL. Pada assessment masalah telah teratasi, intervensi dihentikan karena pasien telah KRS.
3. Evaluasi tanggal 10 Desember 2021 untuk diagnosa nyeri akut telah ditemukan; pasien mengatakan nyeri sudah berkurang drastis, P: nyeri saat BAB, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pada perut bagian bawah dan anus, S:

2 (1-10), T: 2-3 menit. Pengkajian secara objektif yang dilakukan oleh perawat didapatkan, TD 120/80 mmHg, nadi 82x/menit teraba membaik, RR: 20x/menit. Pada *assessment* masalah teratasi sebagian, intervensi dihentikan karena pasien telah KRS.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien T. E dengan diagnosis medis *Internal Hemorrhoid* di ruang B2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1. Simpulan

1. Pada pengkajian didapatkan data pasien mengalami diare disertai darah segar sebanyak 3x dalam jangka waktu 5 jam, peningkatan Hb dari 3.59 g/dL saat di IGD tanggal 03 Desember 2022 menjadi 6.50 g/dL tanggal 06 Desember 2021 setelah diberikan tranfusi PRC 4 bag. Pasien mengeluhkan lemas, pusing, dan nyeri pada perut bagian bawah dan anus saat BAB.
2. Pada pasien muncul beberapa diagnosa, yaitu diare berhubungan dengan inflamasi gastrointertinal, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama pasien tidak mengalami tanda dehidrasi akibat pengeluaran cairan aktif. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya yang juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi: 1) mengobservasi frekuensi diare dan konsistensinya, 2) mengkaji tanda-tanda vital tanda perfusi perifer tidak

efektif, 3) melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yang dirasakan, 4) mengaarkan pasien melakukan teknik relaksasi untuk meningkatkan kualitas tidur, 5) memberikan pasien posisi yang nyaman agar dpat istirahat untuk menurunkan stressor pasien.

5. Hasil evaluasi tanggal 10 Desember 2021, pasien mengatakan badannya sudah lebih enak dan rileks, tidak ada diare, nyeri yang diraskan sudah sangat berkurang, nilai Hb meningkat dengan hasil 10.40 g/dL, pasien mengaku sudah lebih nyenyak tidurnya setelah dilakukan tindakan keperawatan.
6. Pendokumentasian yang dilakukan oleh penulis sudah meliputi sesuai kriteria hasil berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formalmaupun non formal guna tercapainya proses pelayanan yang professional.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah ini sebagai salah satu sumber data dan untuk penelitian selanjutnya, dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Internal Hemorrhoid*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisa, Natasya. 2019. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. B Dengan Hemoroid Diruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD DR Acmad Mochtar Bukittinggi." *Pengkajian*: 61–135. [http://repo.stikesperintis.ac.id/792/1/4/ANISA NATASA.pdf](http://repo.stikesperintis.ac.id/792/1/4/ANISA%20NATASA.pdf).
- Demirci, Ufuk, dan Elmas Kasap. 2017. "Internal Hemorrhoid Rates In Patients With Iron Deficiency And Rectal Bleeding In Colonoscopy." *Endoskopi Gastrointestinal* 25(1): 10–10.
- Hong, Yun Soo et al. 2022. "Risk factors for hemorrhoidal disease among healthy young and middle-aged Korean adults." *Scientific Reports* 12(1): 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03838-z>.
- Jong Hyun, Lee, Hyo Eun Kim, Ji Hun Kang, dan Et Al. 2014. "Factors Associated with Hemorrhoids in Korean Adults: Korean National Health and Nutrition Examination Survey." *Korean Journal of Family Medicine* 35(5). <https://www.kjfm.or.kr/m/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.2014.35.5.227>.
- Kestřánek, Jan. 2019. "Hemorrhoid Management In Women: The Role Of Tribenoside + Lidocaine." *Drugs Context* 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6752749/>.
- Lalisang, Toar JM. 2016. "Hemorrhoid: Pathophysiology and Surgical Management Literature review." *The New Ropanasuri Journal of Surgery* 1(1): 31–36. <https://scholarhub.ui.ac.id/nrjs/vol1/iss1/9/>.
- Lima, Febry Aplorina. 2021. Repository Poltekkes Kupang "Efektifitas Pemberian Transfusi Darah Untuk Meningkatkan Perfusi Jaringan Perifer Akibat Anemia Di Ruang Teratai RSUD PROF DR W.Z Johannes Kupang." Poltekkes Kemenkes Kupang. <http://repository.poltekeskupang.ac.id/2939/>.
- Lin, Lih Hwa, Justin Ji-Yuen Siu, Po Chi Liau, dan Et Al. 2017. "Association of chronic obstructive pulmonary disease and hemorrhoids." *Medicine (Baltimore)* 96(10): 6281.
- Natasa, Anisa. 2019. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B Dengan Hemoroid Di Ruang Ambun Suri Lantai 1 Rsud Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi."

STIKES Perintis Padang.

- Pradiantini, Kadek Helen Yustika, dan I Gede Surya Dinata. 2021. "Diagnosis dan Penatalaksanaan Hemoroid." *Ganesha Medicine* 1(1): 38. <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/GM/article/view/31704>.
- Robertson, Sally. 2012. "Hemorrhoids May Cause Erectile Dysfunction." *New Medical Life Science*. <https://www.news-medical.net/news/20120716/Hemorrhoids-may-cause-erectile-dysfunction.aspx> (Juni 30, 2022).
- Rohmani, Dahlia Debi, dan Sukmarini Lestari. 2018. "Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin Di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang Tampon." *Jurnal Keperawatan Tropis Papua* 1(1). <https://jktp.jurnalpoltekkesjayapura.com/jktp/article/view/14>.
- Safyudin, Safyudin, dan Lia Damayanti. 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>.
- Sagitha, Meta. 2020. "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Hemoroidektomi Dengan Gangguan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis." Universitas Bhakti Kencana. [http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/632/Meta Sagitha-1-83.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/632/Meta%20Sagitha-1-83.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Sandler, Robert S., dan F. Peery Anne. 2019. "Rethinking What We Know About Hemorrhoids." *Clin Gastroenterol Hepatol* 17(1): 8–15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075634/>.
- Setiadi. 2021. *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan: Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sherwood, L. 2018. *Pertahanan Tubuh. Fisiologi Manusia : Dari Sel KeSistem*. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Edisi Ceta. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wibowo, Hendry, Erliningsih, Aljafri Gusman, dan Renda Syahira. 2018. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hemoroid Di Poliklinik Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi.” *Afiyah* V(2): 7–14.
- Winangun, I Made Arya, Putu Anda Tusta, Sri Maliawan, dan Et Al. 2013. “Management Of Internal Hemorrhoid With Rubber Band Ligation Procedure.” *Medika Udayana* 2(10): 1732–49. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/6700>.

Lampiran 2

Standar Operasional Prosedur Pemberian Tranfusi Darah

 <p>STIKes Hang Tuah Surabaya</p>	<p align="center">SOP (STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN TRANFUSI DARAH)</p>
<p>Pengertian</p>	<p>Tranfusi darah merupakan tindakan yang dilakukan bagi klien yang memerlukan darah dengan memasukkan darah melalui vena dengan menggunakan set tranfusi.</p>
<p>Tujuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan volume darah sirkulasi (setelah pembedahan, trauma, atau perdarahan). 2. Meningkatkan jumlah sel darah merah dan untuk mempertahankan kadar hemoglobin pada klien anemia berat. 3. Memberikan komponen selular tertentu sebagai terapi (<i>packed red cell</i>)
<p>Indikasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan penurunan kadar hemoglobin 2. Pasien yang mengalami perdarahan
<p>Prosedur Pelaksanaan</p>	<p>Tahap pra-interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Cairan IV salin normal (NaCl 0.9%) b. Set infuse darah dengan filter (<i>blood set</i>) c. Produk darah yang tepat d. Sarung tangan sekali pakai e. Thermometer 2. Persiapan perawat <ol style="list-style-type: none"> a. Manajemen penampilan b. Mencuci tangan 6 langkah c. Memakai APD 3. Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Pastikan identitas dan kondisi klien b. Pastikan label pada kemasan darah sesuai dengan identitas pasien c. Posisikan pasien yang nyaman d. Jaga privasi pasien 4. Persiapan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> a. Menutup tirai b. Keluarga

	<p>Tahap orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunikasi terapeutik (memberi salam) 2. Memastikan identitas dan tgl lahir klien, panggil klien dengan namanya/sapa keluarga klien, dan menanyakan kondisi klien 3. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali 4. Jelaskan tujuan, prosedur tindakan dan kontrak waktu pada klien/keluarga 5. Menanyakan persetujuan 6. Beri kesempatan klien/keluarga bertanya untuk klarifikasi
	<p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur kepada klien, kaji pernah atau tidak klien menerima transfusi sebelumnya dan catat reaksi yang timbul 2) Pastikan bahwa klien telah menandatangani surat persetujuan 3) Cuci tangan dan kenakan sarung tangan 4) Identifikasi produk darah dan klien dengan benar 5) Ukur tanda vital dasar klien 6) Gunakan selang infuse yang memiliki filter didalam selang (<i>blood set</i>) 7) Berikan dahulu larutan salin normal. Mulai berikan transfuse secara perlahandiawali dengan pengisian filter didalam selang 8) Atur kecepatan sampai 2ml/menit untuk 15 menit pertama dan tetapkan bersamapatient. 9) Monitor tanda vital setiap 5 menit selama 15 menit pertama transfusi, selanjutnya ukur setiap jam. 10) Gantungkan botol larutan NaCl 0.9% untuk diberikan setelah pemberian infuse darah selesai 11) Lepas dan buang sarung tangan, cuci tangan
	<p>Tahap terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan meminta pasien untuk melaporkan adanya menggigil, sakit kepala, gatal-gatal atau ruam dengan segera 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan atau memencet tombol yang sudah disediakan 3. Mengucapkan salam terapeutik 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan klien (tanggal pemasangan, respon pasien)

Lampiran 3

CURRICULUM VITAE

Nama : Amalia Maharani Putri
NIM : 213.0004
Prodi : Profesi Ners
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 15 April 1998
Alamat : Karang Poh 6/20 C, Surabaya
Agama : Islam
No. Telpon : 082140978820
Email : amaliemap15@gmail.com

Riwayat pendidikan

1. TK : TK Bina Amanah Surabaya
Tamat tahun 2004
2. SD : SD Negeri Tandes Kidul II Surabaya
Tamat tahun 2010
3. SLTP : SMPN 25 Surabaya
Tamat tahun 2013
4. SLTA : SMKN 5 Surabaya
Tamat tahun 2017
5. S1 : STIKes Hang Tuah Surabaya
Tamat tahun 2021

Lampiran 4

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Syukuri segala hal yang ada dan terjadi di hidupmu dan ambil sisi positifnya. *Do your best and be the best version of you!*

Saya persembahkan karya ilmiah akhir ini kepada :

1. Allah SWT yang telah memberi kesempatan dan kelancaran bagi penulis dalam meneruskan ke jenjang Pendidikan Profesi Ners.
2. Ibu yang selalu menyempatkan waktu disela kesibukannya untuk memotivasi, mendukung, menasehati dan mendoakan yang tiada hentinya. Terima kasih banyak sudah sangat bersabar menghadapiku dan meluangkan waktu untuk mendengarkanku bercerita sehari-hari.
3. Ayah yang selalu bekerja keras dan mengutamakan sekolahku yang selalu membanggakanmu dimanapun beliau berada, yang selalu mendukungku selama hal tersebut positif. Terima kasih banyak, Ayah.
4. Untuk diriku sendiri, terima kasih banyak sudah bertahan sampai sejauh ini. *You're amazing just the way you are. Don't be insecure, everybody have their own speciality. Thank you. I love you tons!*
5. Untuk Hafidz, Mbak Yeni, Alif, Abi, Mbahti selaku Tim Hore yang selalu membuatku tertawa karena tingkah lucu ataupun obrolan ringan mereka.
6. Bu Nisha selaku dosen pembimbing, Bu Diyah Arini selaku penguji ketua, dan Ibu Nur Khamdanah selaku pembimbing ruangan, selalu memberikan bimbingan ilmu dan perhatian kepada saya untuk menyelesaikan penulisan karya ilmiah akhir ini.
7. Sahabatku Salsa, Adinda, Delfani, dan Putri yang selalu meluangkan waktu untuk memberi semangat dan mendengarkan curhatanku meskipun kadang tidak penting.
8. Devi Safitri, yang selalu memberi semangat dan meluangkan waktunya untuk membantu pengerjaan karya ilmiah akhir ini.

Terimakasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Amin Ya rabbal aalamiin.