KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.J DENGAN POST OP HEMOROID DI RUANGAN BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

FIRMAWATY NAIM (NS2314901046)
IMELDA MELLOLO (NS2314901057)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.J DENGAN POST OP HEMOROID DI RUANGAN BERNADETH I RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

FIRMAWATY NAIM (NS2314901046)
IMELDA MELLOLO (NS2314901057)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama :

1. Firmawaty Naim (NS2314901046)
2. Imelda Mellolo (NS2314901057)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi atau plagiat (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024 yang

menyatakan,



Firmawaty Naim



Imelda Mellolo

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.J dengan Post Op Hemoroid di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Maasiswa/NIM :
1. Firmawaty Naim / NS2314901046
2. Imelda Mellolo / NS2314901057

Disetujui oleh:

Pembimbing 1	Pembimbing 2
(Rosdewi, S.Kp., MSN)	(Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes)
NIDN: 0906097002	NIDN: 0925117501

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akedemik

STIK Stella Maris Makassar

Fransiska Anita E.R.Sa'pang., Ns., Sp.Kep.MB., PhDNS

NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini dianjukan oleh :

Nama : 1. Firmawaty Naim (NIM : NS2314901046)
2. Imelda Mellolo (NIM : NS2314901057)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.J dengan Post Op Hemoroid di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1	: Rosdewi, S.Kp., MSN	( )
Pembimbing 2	: Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes	( )
Penguji 1	: Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M. Kes	( )
Penguji 2	: Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep	( )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 11 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep., Ns, M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawa ini:

Nama : 1. Firmawaty Naim (NIM : NS2314901046)
2. Imelda Mellolo (NIM : NS2314901057)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 Juni 2024 Yang

menyatakan





Firmawaty Naim Imelda Mellolo

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. J Dengan Post Op Hemoroid di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar". Karya Ilmiah Akhir ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan kuliah program keperawatan profesi ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Ilmiah Akhir ini tidak lepas dari bantuan-bantuan, pengarahan, bimbingan, motivasi, serta doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala ketulusan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris, sekaligus sebagai penguji I yang telah membimbing dan memberikan saran serta masukan kepada penulis juga memberikan masukan dan pengarahan untuk memperbaiki karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita E.R. Sa"pang, Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB., PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja sama STIK Stella Maris.
3. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris.
4. Mery Sambo, Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris.
5. Rosdewi, S.Kp.,MSN selaku dosen pembimbing I dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
6. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing,

mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah meluangkan waktu memberikan saran dan masukkan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Bapak dan ibu dosen beserta seluruh staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Firmawaty Naim (Alm. Muh Basri Naim dan Supiati), keluarga, dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
10. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Imelda Mellolo (David Duruk dan Elis Pakiding) sanak saudara dan teman dekat yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasihat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi inspirasi untuk melaksanakan penulisan selanjutnya. Penulis menyadari Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna dan sangat mengharapkan masukan.

Makassar, 11 Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL ..... **i**
HALAMAN JUDUL ..... **ii**
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS ..... **iii**
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **v**
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI ..... **vi**
KATA PENGANTAR ..... **vii**
DAFTAR ISI ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR TABEL ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xiii**

BAB 1 PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 4
   1. Tujuan Umum 4
   2. Tujuan Khusus 4
C. Manfaat Penulisan 4
   1. Manfaat Akademik 4
   2. Manfaat Praktis 5
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
A. Konsep Dasar Medis 7
   1. Pengertian 7
   2. Anatomi dan Fisiologi 8
   3. Etiologi 13
   4. Patofisiologi 17
   5. Patoflowdiagram 18
   6. Klasifikasi 21
   7. Manifestasi Klinis 22
   8. Komplikasi 22
   9. Tes Diagnostik 23
   10. Penatalaksanaan Medis 23
B. Konsep Dasar Keperawatan 25
   1. Pengkajian Keperawatan 25
   2. Diagnosis Keperawatan 27
   3. Intervensi Keperawatan 28
   4. Discharge Planning 32

BAB III PENGAMATAN KASUS
A. Ilustrasi Kasus 34
B. Pengkajian Kasus 35

C. Analisa Data 53
D. Dianosis Keperawatan 55
E. Intervensi Keperawatan 56
F. Implementasi Keperawatan 60
G. Evaluasi Keperawatan 79

BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pembahasan Askep 91
1. Pengkajian Kasus 91
2. Diagnosis Keperawatan 92
3. Intervensi Keperawatan 93
4. Implementasi Keperawatan 94
5. Evaluasi Keperawatan 95
B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* 96

BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan 101
B. Saran 103

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Anus…. 8
Gambar 2.2 Fisiologi Anus…. 11

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap..... 51
Table 3.2 Analisa Data 53
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan 55
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 60
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 71
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP

Lampiran 2 Leflet Teknik Relaksasi Nafas Dalam Lampiran 3

Lembar Konsultasi

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hemoroid atau yang lebih dikenal masyarakat sebagai penyakit ambeien merupakan tonjolan yang muncul di lubang keluar atau anus yang bisa terjadi pada saat buang air besar disertai rasa nyeri bahkan keluar darah. Kejadian hemoroid cenderung meningkat seiring bertambahnya usia seseorang, hemoroid biasanya terjadi pada usia 50 tahun namun tidak menutup kemungkinan hemoroid juga bisa terjadi pada usia remaja. Hemoroid terjadi akibat pelebaran pembuluh darah di daerah anus yang disebabkan karena pola hidup, biasanya karena kurang makan makanan berserat dan terlalu lama duduk mengakibatkan meningkatnya tekanan di dalam perut sehingga pembuluh darah membesar atau melebar. Faktor risiko kejadian lainnya adalah aktivitas fisik. Aktivitas fisik dapat dipengaruhi oleh pekerjaan. Orang-orang dengan pekerjaan terlalu lama duduk, terlalu lama berdiri atau pekerjaan berat seperti kuli berada pada risiko tinggi untuk kejadian hemoroid (Indrayani et al., 2021). Berdasarkan jenis kelamin yang berisiko mengalami hemoroid adalah laki - laki, karena banyak melakukan aktivitas berat dengan beban bekerja lebih tinggi sehingga menyebabkan mereka mudah terkena hemoroid. Hal ini dikarenakan aktivitas yang lebih berat akan menyebabkan peregangan muskulus sfingter ani.

Berdasarkan data *Word Health Organization* (WHO) pada tahun 2021 menyatakan bahwa jumlah hemoroid dunia diperkirakan 230 juta orang. Hemoroid merupakan penyakit di daerah anus yang cukup banyak ditemukan di Amerika Serikat dengan usia 45 tahun yang terdiagnosis hemoroid sebanyak 1.294 per 100.000 jiwa (1,3%). Prevalansi hemoroid di Indonesia sendiri berkisar 5.7% dari total 265

juta penduduk dan setiap tahunnya mengalami peningkatan hingga pada tahun 2030 mendatang diperkirakan bisa mencapai 21,3 juta orang penderita hemoroid (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

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 (Rohmani, 2018). 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 menyebabkan bau menyengat (Tri Utami & Ganik Sakitri, 2020).

Pengobatan hemoroid dapat dilakukan secara farmakologi dan nonfarmakologi sesuai dengan keparahan derajat hemoroid. Pada hemorrhoid derajat I dan II terapi yang diberikan berupa terapi lokal dan himbauan tentang perubahan pola makan. Selain itu pada pasien derajat III dan IV, terapi yang dipilih adalah terapi pembedahan yaitu dengan hemoroidektomi (Maulana & Wicaksono, 2020). Salah satu permasalahan yang paling sering terjadi pada kasus hemorroidektomi adalah adanya nyeri post operasi. Nyeri post operasi disebabkan oleh adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan dari prosedur pembedahan yaitu luka (insisi), sehingga akan merangsang mediator- mediator zat kimia dari nyeri. Post operasi membuat kulit terbuka dan terluka sehingga menstimulus impuls nyeri ke saraf sensori dan

teraktivasi di transmisikan ke kornus posterior di korda spinalis sehingga saraf aferen akan menyampaikan persepsi nyeri ke otak (Sagitha, 2020).

Penanganan nyeri dapat dilakukan secara farmakologis dan non-farmakologis yang merupakan cara terbaik dalam mengontrol nyeri. Teknik relaksasi menjadi salah satu terapi non farmakologis yang bertujuan untuk memberikan rasa nyaman dan rileks pada pasien, mengurangi intensitas nyeri, serta dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah (Smeltzer & Barre, 2017). Salah satu teknik relaksasi yang digunakan adalah teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam yang merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan. Teknik relaksasi nafas dalam dapat dilakukan dengan cara mengajarkan dan menganjurkan pasien untuk menarik nafas dengan baik, menarik nafas dalam dan menghembuskan nafas sambil melepaskan rasa nyeri yang dirasakan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Linda et al. (2021) mengatakan bahwa selama 3 hari setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post op hemoroidektomi selama tiga hari berturut-turut, terbukti teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dari skala sedang (4-6) sampai skala ringan (1-3). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidaya & Febrianti (2019) mengatakan bahwa Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sebelum dilakukan relaksasi sebesar 8,13 dengan Intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid terendah adalah 6 dan tertinggi adalah 9. Rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sesudah dilakukan relaksasi sebesar 5,13 dengan Intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid terendah adalah 3 dan tertinggi adalah 9 Maka disimpulkan ada

pengaruh relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik mengangkat Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Post Op Hemoroid Diruang Perawatan Bernadeth I RS Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   c. Menetapkan rencanan tindakan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Manfaat Penulisan

Adapun manfaat penulisan dibedakan menjadi 2, antara lain yaitu :

1. Manfaat Akademik

Dapat menjadi satu masukan untuk sumber informasi/ bacaan serta acuan dibagikan sekolah tinggi ilmu kesehatan tentang pengetahuan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid.

2. Manfaat Praktis
   a. Bagi profesi keperawatan

      Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hemoroid serta melakukan pendokumentasian sebagai bahan acuan pengembangan asuhan keperawatan.

   b. Bagi instansi rumah sakit

      Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Post Op Hemoroid.

3. Bagi Pasien

   Diharapkan mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dan holistik sehingga memperoleh kepuasan.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulis karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk antara lain :

1. Studi kepustakaan

   Mempelajari literatur-literatur yang berkaitan dengan karya tulis ini, baik dari buku maupun internet.

2. Studi Kasus

   Dalam studi kasus penulis mengguanakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisa data, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan:

   a. Observasi

      Observasi yaitu melihat secara langsung keadaan dan kondisi

pasien

b. Wawancara

Mengadakan wawancara dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan yang terkait seperti: perawat diruangan untuk memperoleh data yang diinginkan

c. Pemeriksaan fisik

Dengan cara: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

d. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan. Misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

e. Studi dokumentasi

Dengan melihat dan membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya yang tertera dalam status pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini tersusun dari 5 bab yang terdiri Bab I "Pendahuluan" bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistimatika penulisan, tujuan penulisan manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan Pustaka" bab ini menguraikan tentang KDM yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, patoflowdiagram, manifestasi klinik, test diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi, serta KDK yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan dan discharge planning. Bab III "Pengamatan Kasus" menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan keperawatan, evaluasi serta daftar obat pasien. Bab IV "Pembahasan Kasus" bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan dilapangan. Bab V "Penutup" terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

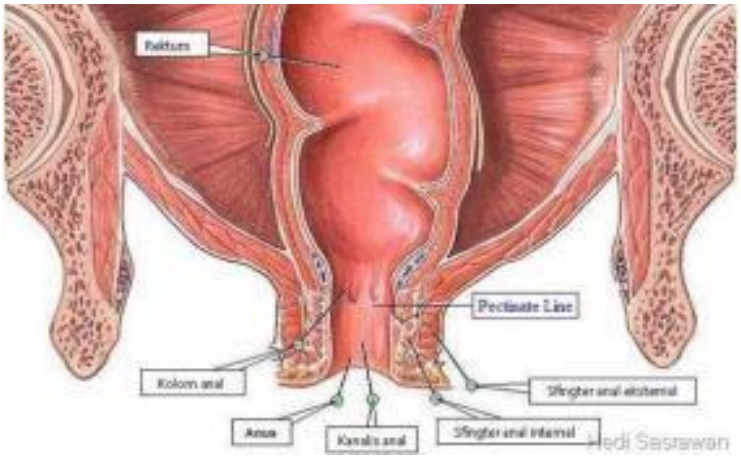
Hemoroid merupakan kondisi peradangan dan melebarnya pembuluh darah vena di sekitar anus yang berasal dari pleksus hemoroidalis. Hemoroid dapat menyebabkan nyeri, pendarahan, disertai dengan beberapa gejala termasuk bengkak dan gatal. Kondisi tersebut secara signifikan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien karena menciptakan ketidaknyamanan fisik dan psikologis.

Gejala umum hemoroid adalah pendarahan di anus dengan keluhan utama ditemukannya massa atau tonjolan di daerah anus. Gejala lain yang sering muncul akibat penyakit hemoroid seperti rasa gatal atau sakit di sekitar anus, benjolan keras di sekitar anus yang terasa perih, pendarahan dari anus setelah buang air besar, dan keluarnya lendir setelah buang air besar (BAB). Hemoroid dapat dipicu oleh kebiasaan mengejan terlalu keras saat BAB atau duduk terlalu lama. Hemoroid juga bisa disebabkan oleh sembelit dan diare yang berkepanjangan, sering mengangkat beban berat, kehamilan atau pasca melahirkan, dan obesitas (Rizal et al., 2023).

Hemoroid disebabkan oleh pola makan rendah serat dan sembelit menyebabkan tegang kronis dan tinja keras yang mengakibatkan degenerasi jaringan pendukung di salurahan anus dan perpindahan bantal anus ke distal. Hemoroid timbul karena dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor - faktor resiko atau pencetus patogenesis hemoroid yaitu adanya degenerasi yang dapat memperlemah jaringan penyokong, usaha pengeluaran feses yang keras dan

mengedan secara berulang menyebabkan tekanan terhadap bantalan anal meningkat dan terjadi prolapsus. Akibatnya aliran balik vena yang ada pada bantalan mengalam gangguan. Konsumsi serat yang tidak adekuat, berlama-lama ketika buang air besar, serta kondisi seperti kehamilan yang meningkatkan tekanan intra abdominal akan memperparah kondisi bantalan dan bantalan menjadi semakin membesar. Perdarahan yang timbul dari pembesaran hemoroid disebabkan oleh truma mukosa local atau inflamasi yang merusak pembuluh darah dibawahnya.

2. Anatomi dan Fisiologi
   a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Anus

Sumber : (Mahadevan, 2020)

Anus adalah lubang paling bawah tubuh manusia yang merupakan muara akhir dari saluran pencernaan. Dinding anus terdiri dari dua lapis otot yang konsentrasinya diatur sesuai kehendak manusia. Gerakan peristaltik dikendalikan oleh otot polos (otot tak sadar). Akan tetapi pada saat buang air besar otot spingter di anus dipengaruhi oleh otot lurik (otot sadar). Jadi, proses defekasi (buang air besar) dilakukan dengan sadar, yaitu dengan adanya kontraksi di dinding otot perut yang diikuti

dengan mengendurnya otot spingter anus dan kontraksi kolon serta rektum. Akibatnya feses dapat terdorong ke luar 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.

2) 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 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.

4) Kanalis anal 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 (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 (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 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.

b. Fisiologi

Aliran balik vena dari kolon dan rektum superior adalah melalui vena mesenterika superior, vena mesenterika inferior, dan vena hemoroidalis superior (bagian sistem portal yang mengalirkan darah ke hati). Vena hemoroidalis media dan inferior mengalirkan darah ke vena iliaka sehingga merupakan bagian sirkulasi sistemik. Terdapat anastomosis antara vena hemoroidalis superior, media, dan inverior, sehingga tekanan portal yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya aliran balik ke dalam vena dan mengakibatkan hemoroid. Terdapat dua jenis peristaltik propulsif :

1) Kontraksi lamban dan tidak teratur, berasal dari segmen proksimal dan bergerak ke depan, menyumbat beberapa haustra.
2) Peristaltik massa, merupakan kontraksi yang melibatkan segmen kolon. Gerakan peristaltik ini menggerakkan massa feses ke depan, akhirnya merangsang defekasi. Kejadian ini timbul dua sampai tiga kali sehari dan dirangang oleh reflek gastrokolik setelah makan, terutama setelah makan yang pertama kali dimakan pada hari itu. Propulasi feses ke dalam rektum menyebabkan terjadinya distensi dinding rektum dan merangsang refleks defekasi. Defekasi dikendalikan oleh sfingter ani eksterna dan interna. Sfingter interna dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sedangkan sfingter eksterna dikendalikan oleh sistem saraf voluntari.

Refleks defekasi terintegrasi pada medula spinalis segmen sakral kedua dan keempat. Serabut parasimpatis mencapai rektum melalui saraf splangnikus panggul dan menyebabkan terjadinya kontraksi rektum dan relaksasi sfingter interna. Pada waktu rektum yang teregang berkontraksi, otot levator ani berelaksasi, sehingga menyebabkan sudut dan anulus anorektal menghilang. Otot sfingter interna dan eksterna berelaksasi pada waktu anus tertarik keatas melebihi tinggi masa feses. Defekasi dipercepat dengan tekanan intra abdomen yang meningkat akibat kontraksi voluntar otot dada dengan glotis yang tertutup, dan kontraksi otot abdomen secara terus-menerus (maneuver dan peregangan valsalva). Defekasi dapat dihambat oleh kontraksi voluntar otot sfinfter eksterna dan levator ani. Dinding rektum secara bertahap menjadi relaks, dan keinginan defekasi menghilang. Rektum dan anus merupakan lokasi sebagian penyakit yang sering ditemukan pada manusia.

Penyebab umum konstipasi adalah kegagalan pengosongan rektum saat terjadi peristaltik masa. Bila defekasi tidak sempurna, rektum menjadi relaks dan keinginan defekasi menghilang. Air tetap terus diabsorpsi dari massa feses, sehingga feses menjadi keras, dan menyebabkan lebih sukarnya defekasi selanjutnya. Bila massa feses yang keras ini terkumpul disatu tempat dan tidak dapat dikeluarkan, maka disebut sebagai impaksi feses. Tekanan pada feses yang berlebihan menyebabkan timbulnya kongesti vena hemoroidalis interna dan eksterna, dan hal ini merupakan salah satu penyebab hemoroid (vena varikosa rektum).

3. Etiologi

Menurut Hadni et al. (2023) hemoroid timbul karena dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor – faktor risiko atau pencetus seperti :

a. Pola Makan

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.

b. Konstipasi

Konstipasi merupakan suatu keadaan kesulitan untuk melakukan buang air besar dan diperlukan mengedan yang kuat ketika buang air besar. Hal ini disebabkan oleh feses yang kering dan keras pada colon descenden yang menumpuk karena absorpsi cairan yang berlebihan. Keadaan konstipasi menyebabkan waktu mengedan yang lebih lama sehingga tekanan yang kuat pada

saat mengedan dapat mengakibatkan trauma pada plexus hemoroidalis dan terjadi penyakit hemoroid.

c. Usia Lanjut

Usia dianggap berpengaruh terhadap kejadian hemoroid karena pada keadaan usia lanjut manusia telah mengalami penuaan pada fisiknya. Salah satu perubahan di usia lanjut adalah menurunnya tonus sfingter. Keadaan ini menyebabkan kelemahan struktur dinding pembuluh darah dan yang nantinya akan menimbulkan prolaps. Prolaps terjadi karena kendornya jaringan didaerah mukosa kulit. Walaupun tidak semua usia lanjut mengalami hemoroid tetapi faktor ini dapat menyebabkan terjadinya hemoroid apabila faktor lain juga menunjang.

d. Aktivitas Fisik

Kebiasaan melakukan gerakan ringan dapat mengurangi frekuensi untuk duduk dan merupakan salah satu pencegahan dari kekambuhan hemoroid. Selain itu dengan melakukan olahraga yang ringan seperti berenang dan menggerakkan daerah perut diharapkan dapat melemaskan dan mengurangi ketegangan dari otot. Namun dengan melakukan aktivitas yang terlalu berat seperti mengangkat benda berat akan meningkatkan resiko kejadian hemoroid. Hal tersebut dikarenakan terjadi peregangan musculus spingter ani yang berulang sehingga ketika penderita mengejan akan terjadi peregangan yang bertambah buruk.

e. Jenis Kelamin

Laki-laki dan perempuan memiliki faktor resiko yang sama terkena hemoroid pada berbagai usia. Hemoroid pada laki-laki dapat disebabkan karena memiliki aktivitas fisik yang lebih berat dibandingkan perempuan. Aktivitas fisik yang berat seperti mengangkat beban berat akan meningkatkan resiko terjadinya hemoroid. Bekerja sambil duduk dan mengangkat beban berat

yang terlalu lama menyebabkan peregangan otot sfingter ani berulang sehingga ketika penderita mengejan akan terjadi peregangan yang bertambah buruk. Pembesaran prostat adalah salah satu faktor resiko pada laki-laki yang akan meningkatkan poses mengejan sehingga yang terjadi adalah peningkatan tekanan intraabdominal sehingga akan menghambat aliran darah dari arteri hemoroidalis. Hemoroid pada perempuan dapat disebabkan karena pengaruh hormon progesteron yang akan menghambat kontraksi pada saluran pencernaan, sehingga absorbsi air pada feses meningkat dan menyebabkan konstipasi. Pelebaran vena pleksus hemoroidalis juga dapat disebabkan akibat penekanan fetus pada proses melahirkan pervagina dan juga peningkatan jumlah pembuluh darah daerah pelvis selama kehamilan.

f. Obesitas

   Obesitas terhadap kejadian hemoroid dimana obesitas/kelebihan berat badan terjadi di akibatkan ketidak mampuan seseorang untuk mengatur pola makan dan cenderung berlebihan, kebiasaan mengkonsumsi makan yang tidak sehat seperti makanan tinggi lemak, tinggi gula, makanan siap saji dan lainnya. Berat badan yang berlebihan berpengaruh terhadap tekanan pada vena yang ada didaerah sekitar rectum salah satunya yaitu vena hemoroid.

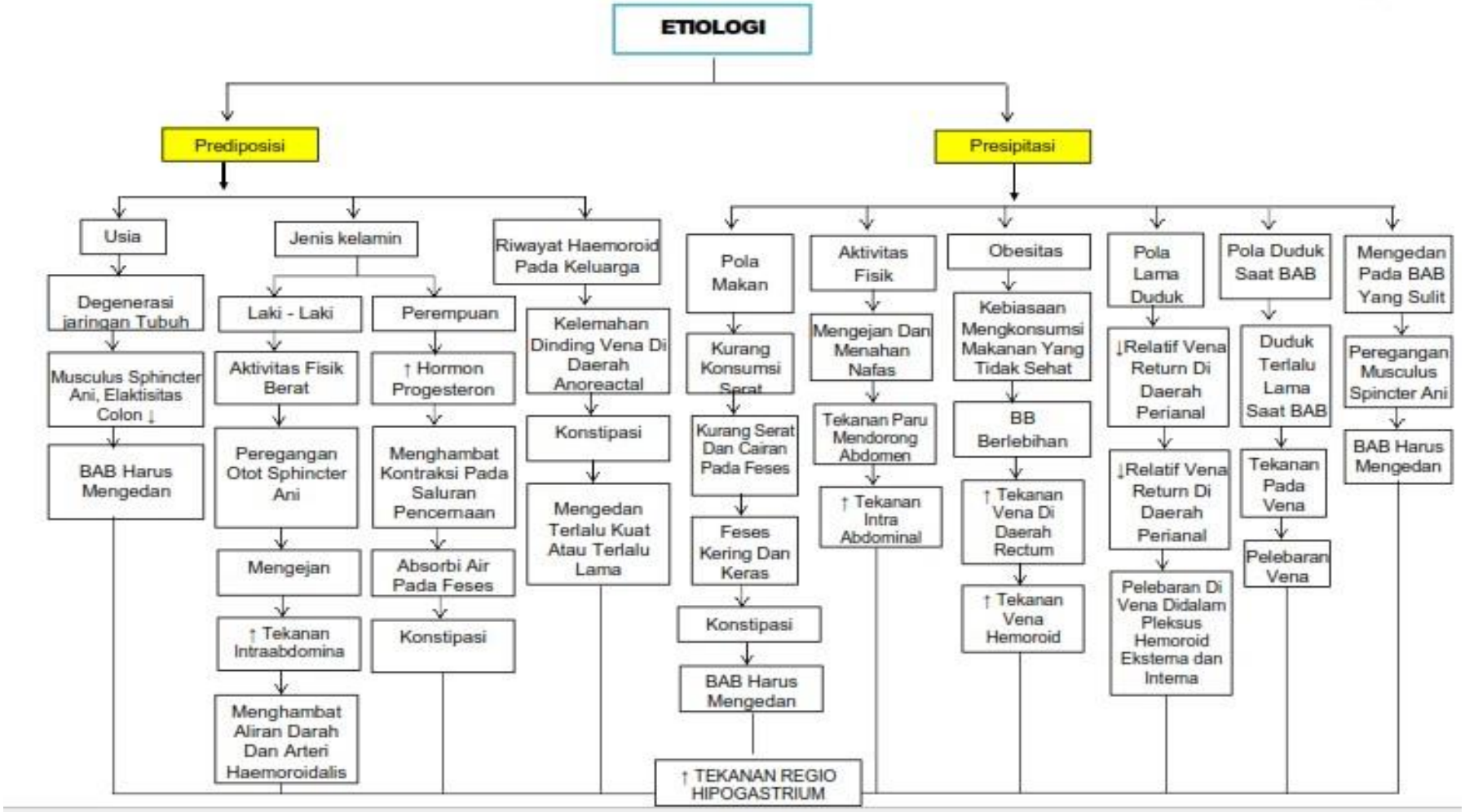
g. Riwayat Hemoroid pada Keluarga

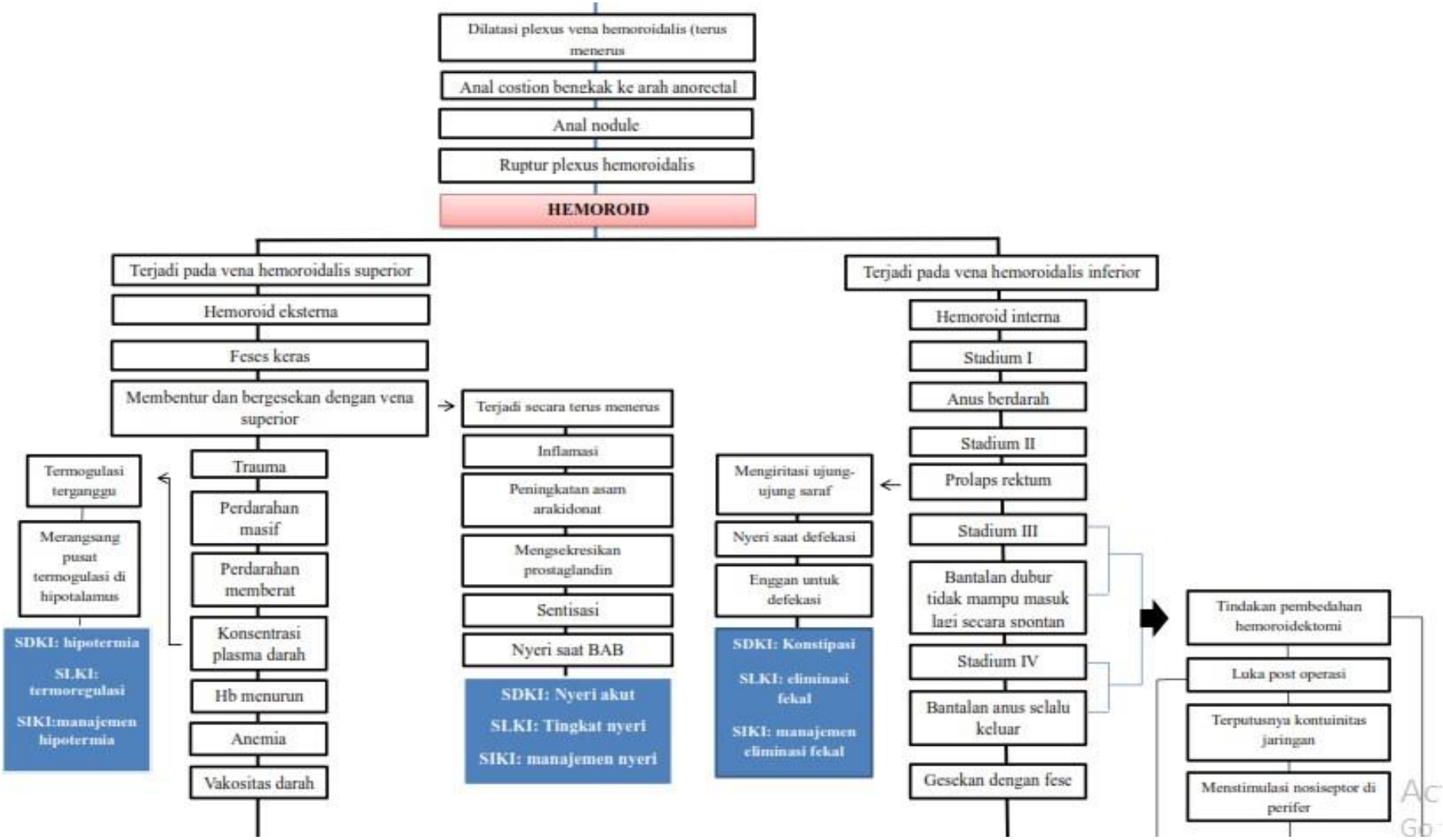
   Kelemahan dinding vena di daerah anorektal yang didapat sejak lahir akan memudahkan terjadinya hemoroid setelah mendapat paparan tambahan seperti mengejan terlalu kuat atau terlalu lama, konstipasi, dan lain-lain.

4. Patofisiologi

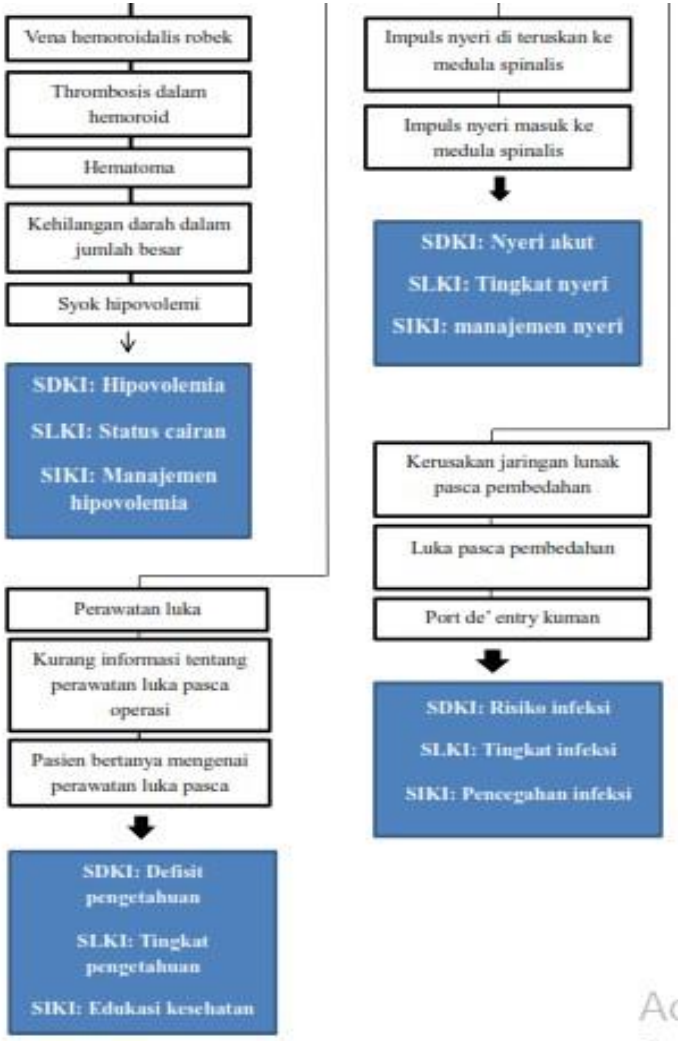
Hemoroid timbul karena dilatasi, pembengkakan atau inflamasi vena hemoroidialis yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang utama (Marcellus, 2009 dalam Khusna, 2017). Hemoroid umumnya menyebabkan gejala ketika mengalami pembesaran, peradangan, atau prolapse. Diet rendah serat menyebabkan bentuk fases menjadi kecil yang bisa menyebabkan kondisi mengejan selama BAB, peningkatan tekanan ini menyebabkan pembengkakan dari hemoroid (Muttaqin, 2011 dalam Dopa, 2018). Salah satu ciri utama penyakit hemoroid adalah tersumbatnya sinusoid. Hal ini terutama disebabkan oleh peningkatan tekanan intra abdomen dan berkurangnya aliran balik vena selama buang air besar. Selain itu, hiperperfusi arteri sinusoid (sebagai akibat dari mekanisme sphincteric arteriolar yang terganggu) dan penurunan tonus pembuluh darah dapat meningkatkan kemacetan sinusoid. Selain itu, jaringan ikat yang rileks dan hipertrofi, kehilangan kapasitasnya untuk mendukung jaringan vaskular; dengan demikian terjadi sinusoid kongesti pasif. Akhirnya, terjadi peningkatan aktivitas sfingter anal internal baik primer atau sekunder yang kemudian menghambat aliran balik vena, dan memperburuk kemacetan. Terlepas dari hal di atas, pembesaran bantalan anal diperkuat oleh hipertrofi jaringan fibrosa dan oleh neovaskularisasi. Pembuluh baru terbentuk ketika peradangan berkembang dikarenakan hemoroid yang memburuk.

5. Patoflow Diagram




Dilatasi plexus vena hemoroidalis (terus menerus
Anal costion benekak ke arah anorectal
Anal nodule
Ruptur plexus hemoroidalis
HEMOROID
Terjadi pada vena hemoroidalis superior
Hemoroid eksterna
Feses keras
Membentur dan bergesekan dengan vena superior
Terjadi secara terus menerus
Inflamasi
Peningkatan asam arakidonat
Mengsekresikan prostaglandin
Sentisasi
Nyeri saat BAB
SDKI: Nyeri akut
SLKI: Tingkat nyeri
SIKI: manajemen nyeri
Trauma
Perdarahan masif
Perdarahan memberat
Konsentrasi plasma darah
Hb menurun
Anemia
Vakositas darah
Termogulasi terganggu
Merangsang pusat termogulasi di hipotalamus
SDKI: hipotermia
SLKI: termoregulasi
SIKI:manajemen hipotermia
Terjadi pada vena hemoroidalis inferior
Hemoroid interna
Stadium I
Anus berdarah
Stadium II
Prolaps rektum
Stadium III
Bantalan dubur tidak mampu masuk lagi secara spontan
Stadium IV
Bantalan anus selalu keluar
Gesekan dengan fese
Mengiritasi ujung-ujung saraf
Nyeri saat defekasi
Enggan untuk defekasi
SDKI: Konstipasi
SLKI: eliminasi fekal
SIKI: manajemen eliminasi fekal
Tindakan pembedahan hemoroidektomi
Luka post operasi
Terputusnya kontuinitas jaringan
Menstimulasi nosiseptor di perifer


Resistensi aliran darah perifer
Aliran o2 ke organ vital dan jaringan menurun
Perfusi jaringan terganggu
Suplai o2 ke otak menurun
O2 ke pusat pernapasan di otak (hipotalamus)
Gagal napas
Kematian
SDKI: Perfusi perifer tidak efektif
SLKI: perfusi perifer
SIKI: Perawatan Sirkulasi


Vena hemoroidalis robek
Thrombosis dalam hemoroid
Hematoma
Kehilangan darah dalam jumlah besar
Syok hipovolemi
SDKI: Hipovolemia
SLKI: Status cairan
SIKI: Manajemen hipovolemia
Perawatan luka
Kurang informasi tentang perawatan luka pasca operasi
Pasien bertanya mengenai perawatan luka pasca
SDKI: Defisit pengetahuan
SLKI: Tingkat pengetahuan
SIKI: Edukasi kesehatan
Impuls nyeri di teruskan ke medula spinalis
Impuls nyeri masuk ke medula spinalis
SDKI: Nyeri akut
SLKI: Tingkat nyeri
SIKI: manajemen nyeri
Kerusakan jaringan lunak pasca pembedahan
Luka pasca pembedahan
Port de' entry kuman
SDKI: Risiko infeksi
SLKI: Tingkat infeksi
SIKI: Pencegahan infeksi

6. Klasifikasi

   Menurut asalnya penyakit hemoroid dibagi menjadi 2 macam yang pertama penyakit hemoroid interna dan hemoroid eksterna Pradiantini & Dinata (2021). Hemoroid umumnya diklasifikasikan berdasarkan lokasi dan tingkat prolapsnya.

   a. Hemoroid internal merupakan bantalan vaskuler yang di dalamnya terdapat jaringan submukosa pada rektum sebelah bawah hemoroid internal berasal dari pleksus vena hemoroidalis inferior di atasgaris dentate (dinding kanal anus) dan ditutupi oleh mukosa, hemoroid interna sering terdapat pada tiga posisi primer, yaitu kanan depan, kanan belakang, dan kiri lateral. Trombosis hemoroid juga terjadi di pleksus hemoroidalis interna. Trombosis pleksus hemoroidalis atau terdapatnya benjolan pada trombosis dapat menyebabkan nyeri mendadak, kadang terjadi perdarahan.

   b. Hemoroid eksternal adalah pelebaran vena hemoroidalis dari pleksus yangterletak di bawah garis dentate (dinding kanal anus) dan ditutupi oleh epitelskuamosa. Terdapat 3 jenis hemoroid eksternal yaitu hemoroid biasa yang terletakpada distal linea pektinea, trombosis atau benjolan hemoroid yang terjepit dan skin tags.

      Hemoroid interna dikelompokkan ke dalam 4 derajat, yaitu :

      1) Hemoroid derajat I : Bila terjadi pembesaran hemoroid yang tidak prolaps ke luar kanalis analis yang hanya dapat dilihat dengan anorektoskop.
      2) Hemoroid derajad II : Pembesaran hemoroid yang prolapse dan menghilang atau dapa masuk kembali ke dalam anus secara spontan.

3) Hemoroid derajat III : Pembesaran hemoroid yang prolapse dimana harus dibantu dengan dorongan jari untuk memasukkannya kembali ke dalam anus.
4) Hemoroid derajat IV : Prolaps hemoroid yang permanen. Prolaps ini rentan dan cenderung mengalami thrombosis dan infark.

7. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik pada hemoid Pradiantini & Dinata (2021) yaitu :

a. Benjolan pada anus yang menetap pada hemoroid ekternal sedangkan pada hemoroid interna benjolan tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai gradasinya.
b. Terjadi anemia bila hemoroid mengalami perdarahan kronis.
c. Terdapat bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri.
d. Perdarahan peranus waktu bergerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengucur tanpa rasa nyeri.
e. Perasaan tidak nyaman (duduk terlalu lama dan tidak kuat berjalan lama).
f. Mengeluarkan cairan lendir yang menyebabkan persaan isi rectum belum keluar semua.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hemoroid meliputi Pradiantini & Dinata (2021) :

a. 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.

b. Pemeriksaan

Untuk melihat hemoroid interna yang tidak menonjol keluar. Anoskop dimasukkan dan diputar untuk mengamati keempat kuadran. Hemoroid interna terlihat sebagai struktur vascular yang menonjol ke dalam lumen. Apabila penderita diminta mengejan sedikit, ukuran hemoroid akan membesar dan penonjolan atau prolaps akan lebih nyata.

c. Proktosigmoidoskopi

Untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses keganasan di tingkat yang lebih tinggi.

d. Endosonografi anorektal

Biasanya tidak dilakukan untuk diagnosis penyakit hemoroid, tetapi dapat bermanfaat untuk menentukan apakah hemoroid berhubungan dengan penebalan jaringan submukosa dan sfingter anal internal dan eksterna.

9. Penatalaksanaan Medik

a. Farmakologi

Menurut Sagitha (2020). Tatalaksana farmakologis bertujuan untuk memperbaiki defekasi, meredakan atau menghilangkan keluhan dan gejala. Terapi farmakologis untuk hemoroid, yaitu :

1) Obat untuk memperbaiki defekasi

Terdapat dua macam obat yaitu suplemen serat (fiber suplement) dan pelicin tinja (stool softener). Suplemen serat komersial yang banyak dipakai antara lain psyllium atau isphaluga Husk (ex. *Vegeta, Mulax, Metamucil, Mucofalk*) yang berasal dari kulit biji plantago ovate yang dikeringkan dan digiling menjadi bubuk. Obat ini bekerja dengan cara membesarkan volume tinja dan meningkatkan peristaltik usus.

Efek samping antara lain kentut dan kembung. Obat kedua adalah laxant atau pencahar (ex. *Laxadine, Dulcolax,* dll).

2) Obat simptomatik

Bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan rasa gatal, nyeri, atau kerusakan kulit di daerah anus. Jenis sediaan misalnya Anusol, Boraginol dan Faktu. Sediaan yang mengandung kortikosteroid digunakan untuk mengurangi radang daerah Hemoroid atau anus.

3) Obat Antifibrinolitik

Perdarahan menandakan adanya luka pada dinding anus atau pecahnya vena Hemoroid yang dindingnya tipis. *Psyllium, citrus bioflavanoida* yang berasal dari jeruk lemon dan paprika berfungsi memperbaiki permeabilitas dinding pembuluh darah.

4) Obat penyembuh dan pencegah serangan

Menggunakan Ardium 500 mg dan placebo 3x2 tablet selama 4 hari, lalu 2x2 tablet selama 3 hari. Pengobatan ini dapat memberikan perbaikan terhadap gejala inflamasi, kongesti, edema, dan prolapse.

5) Penatalaksanaan tindakan 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

b. Non Farmakologi

Bertujuan untuk mencegah perburukan penyakit dengan cara memperbaiki defekasi. Pelaksanaan berupa perbaikan pola hidup, perbaikan pola makan dan minum, perbaikan pola/cara defekasi. Perbaikan defekasi disebut Bowel Management Program (BMP) yang terdiri atas diet, cairan, serta tambahan, pelicin feses, dan perubahan perilaku defekasi (defekasi dalam posisi jongkok / squatting). Selain itu, lakukan tindakan kebersihan local dengan cara merendam anus dalam air selama 10 – 15 menit, 2 – 4 kali sehari. Dengan perendaman ini, eksudat

/ sisa tinja yang lengket dapat dibersihkan. Eksudat / sisa tinja yang lengket dapat menimbulkan iritasi dan rasa gatal bila dibiarkan.

10. Komplikasi

Menurut Mandalena (2018) komplikasi hemoroid yang sering terjadi yaitu :

a. Luka dengan nyeri hebat sehingga pasien takut mengejan dan takut untuk BAB. Menyebabkan feses makin keras dan semakin memperberat luka di anus.
b. Infeksi pada daerah yang terluka sampai terjadi nanah dan fistula (saluran tak normal) dari selaput lendir usus/anus.
c. Perdarahan akibat luka, dapat menyebabkan terjadinya anemia

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan Data

Subjektif :

Mengenai arti kesehatan bagi pasien, pengetahuan status kesehatan saat ini, dan perilaku untuk mengatasi kesehatan.

Data Objektif :

Tampak pasien bekerja dibagian ekpedisi yang kadang mengangkat benda berat, menyukai makanan cepat saji, dan jarang makan sayur sayuran.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Data Subjektif :

Mengenai pola konsumsi makanan dan cairan, nafsu makan, jumlah porsi yang dapat dihabiskan, biasanya mendapatkan diet penderita post hemoroidektomi.

Data Objektif :

Tampak pasien disuapi makanan RS oleh ibunya dan menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit tanpa sisa, namun diberikan secara perlahan

c. Pola Eliminasi

Data Subjektif :

Mengenai kebiasaan BAK/BAB, Jumlah, frekuensi, warna, bau. Data Objektif :

Tampak pasien BAB pada hari pertama setelah operasi dengan konsistensi sedikit dan ukuran feses kecil-kecil berwarna coklat, setelah BAB tampon dan kasa diganti yang baru.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Data Subjektif :

Mengenai aktivitas kehidupan sehari-hari, kemampuan untuk merawat diri.

Data Objektif :

Tampak semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga dan tampak pasien terbaring ditempat tidur

e. Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif :

Mengenai gambaran pola tidur pasien, gangguan sulit tidur. Data Objektif :

Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler, tampak Ekspresi wajah mengantuk dan Banyak menguap.

f. Pola Persepsi Kongnitif

Data Subjektif :

Mengenai gambaran pada persepsi pasien meliputi keadekuatan sensori (penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan).

Data Objektif :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu dengar maupun kacamata.

g. Pola Presepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif :

Gambaran pasien memandang dirinya sendiri. Data

Objektif :

Tampak pasien merasa tidak berdaya dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

h. Pola Peran dan Hubungan Sesama Data

Subjektif :

Gambaran tentang peran berkaitan dengan keluarga, teman kerja, ataupun lingkungan masyarakat.

Data Objektif :

Tampak orangtua pasien menjaga dan mendampingi pasien.

i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress Data

Subjektif :

Penyebab stress baru baru ini dan strategi koping untuk mengatasi stress
Data Objektif :

Tampak pasien merintih kesakitan, tampak gelisah, tampak pasien terkadang mengeluh dan mengoceh tanpa sebab dan sekali menggelengkan kepala saat bercerita betapa nyeri yang dirasakan.

j. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
Data Subjektif :

Pasien mengatakan bahwa ini adalah ujian dari Tuhan ia menerima dan pasrah atas apa yang terjadi padanya. Pasien mengatakan ia selalu dikuatkan oleh keluarganya lewat ucapan dan doa, ia yakini pasti sembuh karena Tuhan sayang padanya. Data Objektif :

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) Adapun diagnosis keperawatan yang bisa muncul pada pasien post operasi hemoroid adalah :

a. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik
b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
c. Defisit pengetahuan berhubungan proses penyakitnya.
d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
e. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

3. Luaran Keperawatan dan Intervensi Keperawatan

a. Diagnosis Keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis

Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

1) Keluhan nyeri cuku menurun

2) Meringis cukup menurun
3) Gelisah cukup menurun
4) Kesulitan tidur cukup menurun
5) Tekanan darah cukup menurun

Intervensi keperawatan

Manajemen nyeri

Observasi :

a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

   Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien.

b) Identifikasi skala nyeri

   Rasional: mengukur kualitas tingkat nyeri dari pasien

c) Identifikasi nyeri non verbal

   Rasional: untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul.

d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Rasional: untuk mengetahui faktor apa yang memperberat dan memperingat nyeri

Teraupetik:

a) Berikan teknik nonfarmakologios untuk mengurangi rasa nyeri

   Rasional: penggunaan upaya pereda nyeri non invasit dapat meningkatkan pelepasan endorfin

b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

   Rasional: Mengurangi resiko yang memperberat rasa nyeri/menimbulkan.

Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

   Rasional: memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

b) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Rasional: Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik (katerolac 1 ampul /jam 8 jam/IV
Rasional: untuk meredakan nyeri

b) Kolaborasi pemberian cairan isotonis (mis : NACL,RL)
Rasional : untuk mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh

b. Diagnosis Keperawatan : Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

1) Nyeri cukup menurun
2) Kemerahan cukup menurun
3) Bengkak cukup menurun

Intervensi keperawatan

Pencegahan infeksi Observasi

a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik

a) Batasi jumlah pengunjung
b) Berikan perawatan kulit pada area edema
c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
d) Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
c) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

e) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

c. Diagnosis Keperawatan : Defisit pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

1) Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat
2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat
3) Pertayaan tentang masalah yang dihadapi cukup menurun

Intervensi keperawatan

Edukasi Kesehatan

Observasi :

a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Rasional : memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi.

Teraupetik :

a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Rasional : menghargai klien/pasien, dan keluarga
   Rasional : agar lebih mudah dalam memahami
b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Rasional : untuk mempersiapkan diri dalam menerima informasi terkait penyakit yang dialami
c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

a) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
   Rasional : untuk menciptakan kelurga yang sehat dan mampu meminimalisir masalah Kesehatan

d. Diagnosis Keperawatan : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

SLKI : setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

1) Sulit tidur cukup menurun

2) Sering terjaga menurun
3) Pola tidur berubah-ubah cukup menurun
4) Istarahat tidak cukup menurun.

Intervensi keperawatan Dukungan

Tidur

Observasi

a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

   Rasional: Mengetahui pola tidur dan istrahat pasien

b) Identifikasi faktor pengganggu tidur

   Rasional: Mengidentifikasi faktor apa saja yang pengganggu tidur pada pasien

Terapeutik

a) Tetapkan jadwal tidur

   Rasional: menetapkan jadwal rutin tidur dan tidur tepat waktu

b) Memodifikasi lingkungan

   Rasional: memodifikasi lingkungan agar pasien merasa nyaman terhadap lingkungan

Edukasi

a) Jelaskan pentingnya tidak cukup salama sakit Rasional: menjelasakan kepada pasien agar mementingkan istrahat dan tidur yang cukup.

e. Diagnosis Keperawatan : Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

   Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

   1) Verbalisasi kebingungan menurun
   2) Verbalisasi khawati akibat kondisi yang dihadapi menurun
   3) Perilaku gelisah menurun
   4) Konsentrasi membaik.

   Intervensi keperawatan

   Reduksi Ansietas

Observasi

a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, Rasional : Membantu memberikan terapi.
b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). Rasional : Meningkatkan pengetahuan dan koping pasien.

Terapeutik

a) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
   Rasional: Membantu merelaksasikan perasaan pasien.
b) Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
   Rasional: Memberikan rasa nyaman kepada pasien.

Edukasi

a) Anjurkan keluarga untuk bersama pasien,jika perlu.
b) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.

4. Perencanaan pulang/Discharge Planning

Hal-hal yang perlu disampaikan atau diajarkan kepada pasien maupun keluarga mengenai penyuluhan perawatan kesehatan sebagai suatu upaya perawatan yang harus dilakukan dirumah pada pasien dengan diagnosis post op hemoroid adalah sebagai berikut:

a. Menjelaskan kepada pasien tentang perawatan lanjutan penyakitnya setelah menjalani operasi dan saat akan menjalani perawatan lanjutan dirumah.
b. Menjelaskan kepada pasien dan keluaraga faktor resiko apa saja yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan penyakitnya dan dapat mnyebabkan penyakitnya kambuh kembali.
c. Mengajarkan perilaku hidup sehat kepada pasien dengan pasien menjalani diet dengan dipantau oleh keluarga. Diet yang dilakukan sesuai dengan anjuran dokter seperti mengonsumsi makanan tinggi serat seperti sayur – sayuran dan buah –

buahan, Berolahraga secara rutin, perbanyak minum air putih (6- 8 gelas) sehari, menghindari konsumsi minuman berkafein seperti kopi, teh, dan minuman bersoda.

BAB III
PENGAMATAN KASUS

Pasien inisial Tn . J umur 36 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai wiraswasta, pasien dirawat diruangan Sta Bernadeth II tanggal 01 Mei 2024 dengan diagnosa medis Post op hemoroid dengan keluhan sejak 2 tahun yang lalu pasien mengatakan merasa teraba benjolan pada anus sebesar kacang tanah, tetapi pada saat itu benjolan masih dapat dikembalikan ke posisi semula saat pasien selesai BAB, sebelumnya pasien juga pernah BAB bercampur darah tetapi pasien tidak memeriksakan diri kedokter dan hanya memperbanyak minum air putih.

Pada tgl 1 Mei 2024 pasein masuk ke IGD dengan keluhan teraba benjolan pada anus disertai nyeri dan pendarahan yang dialami sejak 3 hari sebelum masuk RS. Berdasarkan hasil pemeriksaan pasien dengan diagnosis medis hemoroid grade IV dan hematokesia oleh dokter disarankan dilakukan perawatan rawat inap untuk menjalankan tindakan operasi. Saat pengkajian pasien telah menjalani operasi haemoroidektomi hari ke 0, pasien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti teriris-iris, dengan skala nyeri 7 dan nyeri hlang timbul. Pasien juga mengatakan setelah menjalani operasi pasien tidak mengetahui tentang perawatan pasca operasi pasien tampak bingung, tampak pasien bertanya – tanya tentang perawatan pasca operasi, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien gelisah, tampak pasien menahan nyeri dan tampak terpasang tampon ditutup perban pada luka operasi di anus.

Berdasarkan data diatas penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu : nyeri akut berhubungan Agen pencedera fisik (Pasca Operasi), Resiko infeksi ditandai dengan faktor risiko Efek prosedur invasive dan Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

KAJIAN KEPERAWATAN

Unit : Bernaheth 1 Autoanamnese : √

Kamar: 1216 Bad 3 Alloanamnese : √

Tanggal masuk RS : 01 Mei 2024

Tanggal pengkajian : 02 Mei 2024

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama initial	: Tn. "J"
Umur	: 36 tahun
Jenis kelamin	: Laki - laki Status
perkawinan	: Belum menikah
Jumlah anak	: belum ada
Agama/ suku	: Islam / Toraja
Warga negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa indonesia
Pendidikan	: Sma
Pekerjaan	: karyawan swasta
Alamat rumah	: Jl.Abd Dg.Sirua No 270

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama	: Ny. "A"
Umur	: 56 tahun
Alamat	: Jl.Abd Dg.Sirua No 270
Hubungan dengan pasien	: Orang Tua

II. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk	: Hemoroid interna grade IV
Saat pengkajian	: Post Op Hemoroid internal grade IV

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit

Alasan : Tampak keadaan umum pasien lemah terbaring ditempat tidur, terpasang infus RL 500 ml (24 tetes/menit) ditangan sebelah kiri, terpasang kateter urin, tampak sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

B. TANDA - TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

   Skala koma Glasgow (kuantitatif)

   a) Respon motorik 6

   b) Respon bicara 5

   c) Respon membuka mata : 4

   Jumlah :15 Kesimpulan

   : Pasien kesadaran penuh

2. Tekanan darah : 130/90 mmhg

   MAP : 103,3 mmHg

   Kesimpulan :

3. Suhu : 36,7 ^{0}C di ☐ Oral ■ Axilla ☐ Rectal

4. Pernapasan : 20 x/menit

   Irama : ■ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

   Jenis : ☐ Dada ■ Perut

5. Nadi : 84 x/menit

   Irama : ■ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

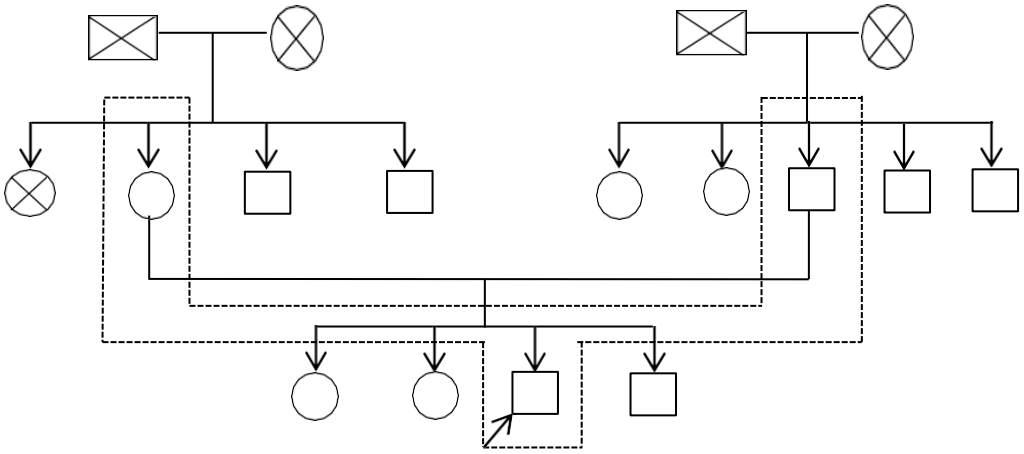
   ■ Kuat ☐ Lemah

C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : kanan 42 cm, kiri 35 cm
2. Tinggi badan : 170cm
3. Berat badan : 58 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh : 20,0

   Kesimpulan : Normal

D. GENOGRAM



Keterangan :

Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Meninggal

: Garis perkawinan

: Garis keturunan

------- : Tinggal serumah

: Pasien

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit:

   Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu sangat penting baginya dan ia terkadang memeriksakan kesehatannya di puskesmas apabila pasien sakit tak kunjung sembuh. Pasien bekerja dibagian ekspedisi yang kadang mengangkat berat, BAB sering keras, menyukai makanan cepat saji, jarang makan sayur sayuran.

2. Riwayat penyakit saat ini :
   a) Keluhan utama : Nyeri pada anus
   b) Riwayat keluhan utama :

      Sejak 2 tahun yang lalu pasien mengatakan merasa teraba benjolan pada anus sebesar kacang tanah, tetapi pada saat itu benjolan masih dapat dikembalikan ke posisi semula saat pasien selesai BAB, sebelumnya pasien juga pernah BAB bercampur darah tetapi pasien tidak memeriksakan diri kedokter dan hanya memperbanyak minum air putih.

      Pada tgl 1 Mei 2024 pasein masuk ke IGD dengan keluhan teraba benjolan pada anus disertai nyeri dan pendarahan yang dialami sejak 3 hari sebelum masuk RS, setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter pasien di diagnose Haemoroid grade 4+ hematochezia oleh dokter disarankan dilakukan perawatan rawat inap untuk menjalankan tindakan operasi. Saat pengkajian pasien telah menjalani operasi haemoroidektomi hari ke 0, pasien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti teriris- iris, dengan skala nyeri 7 dan nyeri terus menerus. Pasien juga mengatakan setelah menjalani operasi pasien tidak mengetahui tentang perawatan pasca operasi pasien tampak bingung, tampak pasien bertanya – tanya tentang perawatan pasca operasi, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien gelisah, tampak pasien menahan nyeri dan tampak terpasang tampon ditutup perban pada luka operasi di anus.

   c. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

      Pasien mengatakan belum pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya dan pasien mengatakan ini adalah operasinya yang pertama.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama dan di keluarga juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keluarga.

Pemeriksaan fisik :

e. Kebersihan rambut : Tampak rambut bersih, tidak beruban tidak ada ketombe.
f. Kulit kepala : Tampak bersih, tidak ada lesi, tidak berbau, dan tekstur kepala keras.
g. Kebersihan kulit : Tampak kulit bersih.
h. Higiene rongga mulut : Tampak mulut bersih, tidak ada radang mukosa, tidak ada sariawan.
i. Kebersihan genetalia : Tampak bersih
j. Kebersihan anus : Tampak terpasang perban pada luka operasi pada anus.

B. Pola nutrisi dan metabolik

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien makan teratur 3x sehari dengan menu nasi, daging dan tempe. Pasien mengatakan suka makan makanan pedas dan jarang mengkonsumsi makan tinggi serat seperti sayur dan buah. Pasien mengatakan pasien minum air putih 4-5 gelas sehari

2. Keadaan sejak sakit :

Pada saat pengkajian pasien masih dipuasakan. Setelah diperbolehkan makan, pasien menghabiskan porsi makanan yang telah disediakan dari rumah sakit seperti bubur, ikan, ayam, sayur-sayuran, tempe dan tahu namun ia makan secara perlahan. Pasien mengatakan bahwa ia menghabiskan 1 botol besar air mineral (1000 ml) dalam sehari.

Observasi :

Tampak pasien disuapi makanan RS oleh ibunya dan menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit tanpa sisa, namun diberikan secara perlahan

3. Pemeriksaan fisik :
   a) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih, tidak beruban tidak ada ketombe.
   b) Hidrasi kulit : Tampak kulit kembali < 3 detik
   c) Palpebra/conjungtiva : Tampak palpebra tidak edema/ conjungtiva tampak anemis
   d) Sclera : Tampak tidak ikterik
   e) Hidung : Tampak hidung bersih, tidak ada lesi, tidak ada polip
   f) Rongga mulut : Tampak bersih, tidak ada radang mukosa, tidak ada sariawan gusi : Tampak tidak ada peradangan.
   g) Gigi : Tampak gigi bersih, ada karang karang gigi, ada sisa akar gigi dan ada gigi yang tanggal.
      gigi palsu : tampak tidak ada gigi palsu
   h) Kemampuan mengunyah keras : pasien mampu mengunyah keras
   i) Lidah : Tampak bersih
   j) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
   k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
   l) Kelenjar parotis : Tidak teraba pembesaran
   m) Abdomen :
      - Inspeksi : Tampak perut datar, tidak ada benjolan
      - Auskultasi : Peristaltik usus 13x/menit
      - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
      - Perkusi : Timpani
   n) Kulit :
      - Edema : ☐ Positif ■ Negatif

- Icterik : ☐ Positif ■ Negatif
- Tanda-tanda radang :

  Tidak ada tanda-tanda peradangan

o) Lesi : Tampak tidak adanya lesi

C. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB ± 1x sehari dengan konsistensi padat dan kadang bercampur darah segar, pasien BAK ± 4-7x dalam sehari dengan konsistensi urin berwarna kuning bening.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien BAB pada hari pertama setelah operasi dengan konsistensi sedikit dan ukuran feses kecil-kecil berwarna coklat, setelah BAB tampon dan kasa diganti yang baru. Pasien mengatakan masih merasa nyeri saat BAB dikarenakan ada luka operasi di daerah anus. Pasien mengatakan BAK ± 4-8x dalam sehari dengan konsistensi urin berwarna kuning bening, BAK seperti biasa tidak ada nyeri saat BAK.

3. Observasi :

   Tampak pasien kekamar mandi (BAK) dibantu oleh keluarga pasien

4. Pemeriksaan fisik :

   a) Peristaltik usus : 10 x/menit
   b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ■ Kosong
   c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ■ Negatif
   d) Mulut uretra : Tampak bersih
   e) Anus : Tampak terpasang tampon dan ditutupi perban pada area anus.

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan pasien adalah seorang wiraswasata dan bekerja setiap hari di pabrik. Pasien mengatakan jika memiliki waktu senggang pasien biasanya menonton tv dan berkumpul bersama keluarga. Pasien melakukan aktivitasnya dengan mandiri.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit semua aktivitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga

Observasi :

Tampak pasien berbaring diatas tempat tidur dan merasa nyaman ketika berbaring, tampak pasien gelisah dikarenakan nyeri yang dirasakan.

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan

a) Aktivitas harian :
   - Makan 2
   - Mandi 2
   - Pakaian 2
   - Kerapihan 2
   - Buang air besar 2
   - Buang air kecil 2
   - Mobilisasi di tempat tidur 2

b) Postur tubuh : Tampak sedikit bungkuk

c) Gaya jalan : Tidak dapat kaji,

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat

e) Fiksasi: : Tampak tidak ada fiksasi

f) Tracheostomi : Tidak ada

2. Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 130/90 mmHg

Duduk : -

Berdiri : -

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik ☐ Positif ■ Negatif

b) HR : 88 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tidak teraba keringat dingin

Basah : Tampak kulit pasien lembab

d) JVP : 5-2 cmH_2O

Kesimpulan : Perfusi jaringan memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam waktu < 3 detik

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi:

  Bentuk thorax : Tampak simetris

  Retraksi intercostal : Tampak tidak ada

  Sianosis : Tampak tampak sianosis

  Stridor : Tampak tidak ada stridor

- Palpasi :

  Vocal premitus : getaran pada kedua lapang paru kanan dan kiri sama.

  Krepitasi : tidak ada ada kepritasi

- Perkusi :

  ■ Sonor ☐ Redup ☐ Pekak

  Lokasi : thorax

- Auskultasi :

  Suara napas : Vesikuler

  Suara ucapan : Sama kuat kedua lapang dada

  Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid clavicularis sinistra

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS 2 linea parasternalis kanan

  Batas bawah jantung : ICS 3 linea parentalis dextra dan ICS 5 linea axilaris anterior sinistra

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis Dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis Sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea mid clavicularis Sinistra

  Bunyi jantung III irama gallop : Tidak Terdengar

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta : Tidak ada

  A.Renalis : Tidak ada

  A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ■ Negatif
- Rentang gerak :

  Kaku sendi : Tidak ada

  Nyeri sendi : Tidak ada

  Fraktur : Tidak ada

  Parese : Tidak ada

Paralisis : Tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Negatif
- Refleks patologi : Negatif

Babinski, Kiri : Positif ■ ☐ Negatif

Kanan : Positif ■ ☐ Negatif

- Clubing jari-jari : Tampak tidak ada
- Varises tungkai : Tampak tidak ada

i) Columna vetebralis:

- Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pola tidur pasien baik, pasien mengatakan biasa tidur malam pukul 21.00 wita dan bangun pukul 06.00 wita. dalam sehari pasien tidur ± 7-8 jam. Pasien

mengatakan jarang tidur siang, pasien mengatakan ketika bangun dipagi hari pasien merasa segar dan dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selama sakit pola tidur tidak teratur dan tidak dapat tidur nyenyak dikarenakan nyeri yang dirasakan. Pasien mengatakan sejak tadi malam ia kesulitan tidur dan kadang ia suka terbangun pada tengah malam. Pasien mengatakan dalam sehari pasien hanya tidur 3-4 jam.

   Observasi :

   Tampak pasien terbaring di atas tempat tidur dengan posisi semi fowler

Ekspresi wajah mengantuk	:	■ Positif	□ Negatif
Banyak menguap	:	□ Positif	■ Negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	■ Positif	□ Negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan sebelum sakit pendengaran dan penglihatan pasien baik, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pasien mengatakan mampu mengenali orang sekitar, lingkungan, dan mampu mengenal waktu. pasien mengatakan pasien masih mengingat masa mudanya dan keluarganya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Saat pengkajian pasien mengatakan bahwa terkadang kesulitan mendengarkan baik-baik pengobatan apa yang diberikan selanjutnya dikarenakan nyeri, pasien mengatakan saat nyeri timbul ia hanya membiarkan sampai nyeri yang dirasakan hilang sendiri dikarenakan pasien tidak dapat melakukan apa-apa

bahkan ia kesulitan mengatur posisinya karena saat bergerak nyeri yang dirasakan bertambah.

3. Observasi :

   Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar maupun kacamata.

4. Pemeriksaan fisik :

   a) Penglihatan
      - Kornea : Tampak jernih
      - Pupil : tampak isokor kanan dan kiri
      - Lensa mata : tampak jernih
      - Tekanan intra okuler (TIO) : teraba sama kiri dan kanan

   b) Pendengaran
      - Pina : Tampak utuh dan bersih
      - Kanalis : Tampak bersih tidak ada serumen
      - Membran timpani : Tampak utuh

   c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

      Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai kanan.

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan pasien adalah seorang adik dan memiliki 4 orang saudara. Pasien tinggal bersama orangtua beserta saudara - saudaranya. Pasien mengatakan mendapat support dan perhatian karena ada orangtua dan saudara yang selalu mendukungnya dalam keadaan apapun.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit merasa tidak berdaya dan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

3. Observasi :

   Tampak pasien meringis dan sesekali menunduk saat nyeri pada payudara timbul.

a) Kontak mata : Tampak kontak mata baik
b) Rentang perhatian : Tampak aktif dan rentang perhatian penuh
c) Suara dan cara bicara : Terdengar pelan dan sedikit jelas
d) Postur tubuh : Normal

4. Pemeriksaan fisik :
   a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainan bawaan
   b) Bentuk/postur tubuh : Normal
   c) Kulit : Tampak bersih

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan perannya sebagai seorang adik yang membantu mencari nafkah untuk kedua orang tuanya. Pasien mengatakan merasa puas dengan peranan yang ia jalani. Pasien mengatakan hidup baik dengan tetangganya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak bisa berkumpul dengan keluarganya namun hubunganya dengan keluarga dan rekan-rekannya tidak berubah.

3. Observasi :

   Tampak pasien berhubungan baik dengan kelurga, teman dan lingkungan, tampak teman pasien mengunjungi pasien dirumah sakit

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien memgatakan tidak ada gangguan atau perubahan pada sistem reproduksi

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan selama sakit tidak mengalami gangguan atau perubahan pada sistem reproduksi.

3. Observasi :

   Tampak tidak ada masalah pada sistem reproduksi.

4. Pemeriksaan fisik : tidak dikaji

J. Pola Mekanisme Koping dan tolerasi terhadap Stres

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan pasien hidup dengan sangat baik, tidak ada beban atau masalah yang membuat pasien stress. Pasien mengatakan menjalani kehidupannya dengan bahagia bersama orang tua dan saudaranya. Pasien mengatakan jika ada masalah pasien sering berbagi cerita kepada orangtua, saudara dan teman-temannya.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada yang berubah dari dirinya

3. Observasi :

   Tampak pasien merintih kesakitan, tampak gelisah, tampak pasien terkadang mengeluh dan mengoceh tanpa sebab dan sekali menggelengkan kepala saat bercerita betapa nyeri yang dirasakan.

K. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan bahwa ia percaya Tuhan yang memiliki kuasa atas kehidupan sehat, sakit dan rejeki Tuhan yang atur. Pasien mengatakan pasien rajin beribadah dan berdoa.

2. Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan bahwa ini adalah ujian dari Tuhan ia menerima dan pasrah atas apa yang terjadi padanya. Pasien mengatakan ia selalu dikuatkan oleh keluarganya lewat ucapan dan doa, ia yakini pasti sembuh karena Tuhan sayang padanya.

3. Observasi :

Tampak pasien didampingi oleh keluarganya, dan tampak adanya alkitab disamping tempat ridurnya.

V. UJI SARAF KRANIAL

A. N I (Olfactorius)

Pasien mampu mengenal aroma minyak kayu putih dengan mata tertutup

B. N II (Optikus)

Pasien mampu membaca pada jarak 30 cm

C. N III, IV, VI (Oculamotorius, Trochlearis, Abduscens)

Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah, reflex pupil isokor

D. N V (Trigeminus)

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan tisu di dahi dan pipi Motorik : Pasien mampu mengigit dan tersenyum

E. N VII (Fascialis)

Sensorik : kemampuan pengecapan pasien baik pasien dapat merasa gula yang diberikan perawat.

Motorik : pasien mampu mengangkat kedua alis kiri dan kanan, pasien mampu mencucurkan bibir, bersiul dan menggembungkan pipi.

F. N VIII (Vestibulo Acusticus)

Vestibularis : Pasien mampu menjaga keseimbangan tubuh. Auskutikus : Pasien mampu mendengarkan gesekan jari pada kedua telinga

G. N IX, X (Glosopharyngeus & vagus)

Pasien mampu menjulurkan lidah dan letak uvula berada ditengah

H. N XI (Accesorius)

Pasien mampu mengangkat kedua bahu kiri dan kanan

I. N XII (Hypoglossus)

Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

VI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Darah rutin

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan darah lengkap

Keterangan	Hasil	Satuan	Rujukan
WBC	4.97	10^3/uL	5.07- 11.10
RBC	3.60	10^6/uL	4.70-6.10
HGB	11.4	g/dL	13.4-17.3
HCT	34.3	%	39.9-51.1
MCV	95.3	fL	73.4-91.0
MCH	31.7	Pg	24.2-31.2
MCHC	33.2	g/dL	31.9-36.0
PLT	450	10^3/uL	150-450
RDW- CV	11.8	%	11.3-14.6
PDW	7.5	fL	9.0-13.0
MPV	8.1	fL	7.2-11.1
P-LCR	9.8	%	15.0-25.0
NEUT#	2.11	10^3/uL	2.72-7.53
LYMPH#	2.13	10^3/uL	1.46-3.73
MONO#	0.53	10^3/uL	0.33-0.91
EO#	0.17	10^3/uL	0.04-0.43
BASO#	0.03	10^3/uL	0.02-0.09
IG#	0.02	10^3/uL	
NEUT%	42.4	%	42.5-71.0
LYMPH%	42.9	%	20.40-44.60
MONO%	10.7	%	3.60-9.90
EO%	3.4	%	0.7-5.4
BASO%	0.6	%	0.0-1.00
IG	0.4	%	0-72.0

VII. TERAPI

a. IVFD ASERING 500 ml/12 jam

b. Infimyci 500 mg/24 jam/Iv
c. Asam traneksamat 1 amp/12 jam/Iv
d. Omprazole 40 mg/12 jam/Iv
e. Ketorolac 30 mg/8 jam/Iv
f. Dexamethasort 10 mg
g. Ondancentron 4 mg
h. Ketorolac 8 jam/Iv
i. Valisanbe 2,25mg/ 2x1 /oral
j. Inbumin 3x1/oral
k. Penlos 400mg/iv
l. Paracetamol 6 jam/oral

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(_____)

ANALISA DATA

Nama/ Umur : Tn . "J" / 36 tahun

Ruang/ Kamar : Bernaheth I / 1216

Tabel 3.2 Analisa Data Keperawatan

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Ds : - Pasien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah dioperasi P : pasien mengatakan nyeri disebabkan post op hemoroid Q : pasien mengatakan nyeri seperti di iris-iris R : Nyeri yang dirasakan di anus S : Skala nyeri 7 T : Nyeri terus menerus Do : - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak gelisah - Tampak terpasang tampon dan perban pada luka operasi pada anus - TD : 130/90 mmhg - Nadi : 84 x/menit - RR : 20 x/menit	Agen pencedera fisik (Pasca Operasi)	Nyeri akut

	- S : 36,7 ^{0}C		
2.	Ds : - Do : - Tampak terpasang perban pada luka operasi pada anus - Tampak luka operasi - WBC 4.97 - Hasil TTV : TD : 130/90 mmhg Nadi : 84 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7 ^{0}C	Efek prosedur invasif	Resiko Infeksi
3.	Ds : - Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan pasca operasi - Pasien menanyakan apakah penyakitnya dapat muncul kembali. Do : - Pasien tampak bingung - Tampak pasien bertanya – tanya tentang perawatan pasca operasi	Kurangnya terpapar informasi	Defisit Pengetahuan

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn . "J" / 36 tahun

Ruang/ Kamar : Bernaheth I / 1216

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Pasca Operasi)
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive
3.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn . “J” / 36 tahun

Ruang/ Kamar : Bernaheth I / 1216

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Pasca Operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Sikap protektif cukup menurun 4. Gelisah cukup menurun	**Manajemen Nyeri** Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor terapi komplementer yang sudah diberikan 5. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : tehnik nafas dalam.

		2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : Teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Resiko infeksi ditandai dengan faktor risiko Efek prosedur invasive	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Nyeri cukup menurun 2. Kemerahan cukup menurun 3. Bengkak cukup menurun	**Pencegahan Infeksi** Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan

		4. Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
Defisit Pengetahuan b.d Kurangnya terpapar informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran 2. Verbalisasi minat dalam belajar cukup meningkat. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat.	Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup sehat

	4. Persepsi yang keliru terhadap masalah cukup menurun.	

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn . "J" / 36 tahun

Ruang/ Kamar : Bernaheth 1 / 1216

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan

Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Perawat
Kamis 2/5/2024	I	16.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: P : pasien mengtaakan nyeri pada daerah luka operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris iris R : pasien mengatakan nyeri luka operasi di daerah anus S: skala nyeri 7 T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt.	Firmawaty & Imelda
	I & II	16.34	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 130/70 mmhg N: 96 x/mnt S: 36,5 ^{0}C P : 22 x/mnt	Firmawaty & Imelda
	I	16.40	Melaksanakan advis dokter: Hasil: Ketorolak 1 amp/iv	Firmawaty & Imelda

	II	16.45	Mengidentifikasi nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien meringis	Firmawaty & Imelda
	II	16.50	Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi Hasil; - Tampak luka operasi bersih - Tampak tidak ada tanda perdarahan - Tampak luka operasi terutup verband	Firmawaty & Imelda
	I	17.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Infimycin 500 mg/iv	Firmawaty & Imelda
	I	17.30	Memberikan teknik non farmikologik untuk mengurangi rasa nyeri(nafas dalam) Hasil: Pasien mampu dan paham terkait penggunaan teknik nafas dalam ketika pasien merasa nyeri. Tampak pasien masih merasa nyeri	Firmawaty & Imelda
	I	19.00	Mengatur lingkungan yang	Firmawaty

			menyebabkan nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin.	& Imelda
	I	20.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: Tampak pasien beristirahat.	Firmawaty & Imelda
	!	20.30	Mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah diberikan tehnik relaksasi nafas dalam Hasil: Pasien mengatakan masih merasa nyeri Tampak pasien meringis Skala nyeri 7	Firmawaty & Imelda
	I	21.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Penlos 400 mg/iv	Firmawaty & Imelda
	I	21.05	Melakukan observasi TTV Hasil: TD:130/90 mmhg N: 94 x/menit S: 36,5 ^{0}C P: 22 x/mnt	Imelda

Jumat 3/5/2024	I	07.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: P: Pasien mengtaakan nyeri pada daerah luka operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris iris R : Pasien mengatakan nyeri luka operasi di daerah anus S : Skala nyeri 7 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt.	Imelda
	I & II	7.40	Melakukan observasi TTV Hasil: TD: 120/70 mmhg N: 88 x/menit S: 36,5 ^{0}C P : 22 x/menit	Imelda
	I	7.50	Mengidentifikasi nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien menringis	Imelda
	I	08.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: ketorolak 1amp/iv	Imelda
	I	08.30	Mengajarkan teknik non	Imelda

			farmikologiik untuk mengurangi rasa nyeri(nafas dalam) Hasil: Pasien mampu dan paham terkait penggunaan teknik nafas dalam ketika pasien merasa nyeri. Tampak pasien masih merasa nyeri	
	II	09.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil: - Tampak luka pasien masih basah - Tampak tidak ada perdarahan dan pus - Tampak terpasang tampon pada luka dan ditutupi kasa verband.	Imelda
	II	09.15	Memberikan perawatan luka operasi dengan cara: - Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. - Buka balutan luka dengan hati-hati - Bersihkan luka dengan menggunakan larutan nacl	Imelda

			0,9 % - Pasang tampon yang sudah di beri betadine pada luka kemudian tutup dengan kasa steril. Hasil : - Tampak luka operasi bersih, - Tampak terpasang tampon dan ditutupi kasa verband.	
	II	10.00	Menganjukam peningkatan asupan cairan Hasil: Pasien mengatakan minum air putih 4-5 gelas sehari.	Imelda
	II	11.30	Mengajarkan pada pasien dan keluarga cara mencuci tangan baik dan benar Hasil: Tampak pasien dan keluarga mengikuti cara mencuci tangan yang baik dan benar.	Imelda
	I	12.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Inbumin 1 tab/oral	Imelda

	I	12.30	Mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah dibeeikan tehnik relaksasi nafas dalam Hasil: Pasien masih merasa nyeri Tampak pasien meringis Skala nyeri 7	Imelda
	I	13.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Penlos 400 mg/iv	Imelda
	III	13.30	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Hasil: Tampak pasien dan keluarga belum mengetahui informasi tentang perawatan lanjutan penyakitnya setelah menjalani operasi dan saat akan menjalani perawatan lanjutan dirumah.	Imelda
	III	13.45	Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: Kontrak waktu dengan pasien dan keluarga tgl 4/5/2024 jam 16:00 Menjelaskan pada pasien dan keluarga faktor resiko apa saja	Imelda

			yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan penyakitnya dan dapat menyebabkan penyakitnya kambuh kembali: - Kurang mengkonsumsi makanan tinggi serat. - Kurang mengkonsumsi air putih - Melakukan pekerjaan yang berat(mengangkat beban yang berat) - Mengkonsumsi alkohol. - Mengkonsumsi makanan yang pedas. - Mengedan saat BAB. Hasil: Tampak pasien dan keluarga mengerti tentang apa yang dijelaskan oleh perawat	
	III	13.50	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik ,durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Hasil: P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi Q : Pasien mengatakan nyeri sertserta teriris iris R : Pasien mengatakan nyeri	Firmawaty

			pada daerah anus S : Skala nyeri 7 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt	
	I & II	14.40	Mengidentifikasi nyeri non verbal Hasil: Tampak pasien menringis Melakukan observasi TTV Hasil: TD : 130/60 mmhg N: 84 x/menit S : 36,2 ^{0}C P : 22 x/menit	Firmawaty
	I & II	15.00	Memberikan teknik non farmakologi farmakologis untuk mengurangi nyeri(teknik nafas dalam) Hasil: - Tampak pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - Tampak pasien masih merasa nyeri	Firmawaty
	I	15.30	Melaksanakan advis dokter Hasil: Ketorolak 1 amp/ iv	Firmawaty

	I	16.00	Menganjurkan untuk meningkatkan asupan cairan Hasil: Tampak pasien menghabiskan jus buah yang di buat oleh keluarga.	
	II	16.30	Melaksaankamelaksanakan advis dokter Hasil: infimycin 500 mg/ iv	Firmawaty
	II	17.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Inbumin 1 tab/ oral.	Firmawaty
	II	18.00	Control lingkungan yang memperberat nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin dan suasana ruangan yang ramai saat jam besuk.	Firmawaty
	I	19.00	Mengingatkan kembali mengenai pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Hasil: Kontrak waktu dengan pasien dn keluarga di jam 16:00 tgl 4/52024	Firmawaty

	I	20.00	Mengidentifikasi skala nyeri dan mengobservasi ttv Hasil : Pasien masih merasa nyeri Skala nyeri 6 TD: 120/70 mmhg N: 84 x/menit S : 36 ^{0}C P : 22 x/menit	Firmawaty
Sabtu 4/5/2024	I	07.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: P : Pasien mengtaakan nyeri pada daerah luka operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris iris R : pasien mengatakan nyeri luka operasi di daerah anus S : S kala nyeri 6 T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt.	Imelda
	II	07.35	Melaksanakan advis dokter: Hasil: Inbumin 1 tab/oral	Imelda
	I & II	07.45	Melakukan observasi TTV Hasil: TD : 130/60mmhg	Imelda

			N : 94 x/menit S : 36,2 ^{0}C P : 22 x/menit	
	I	07.50	Mengidentifikasi nyeri non verbal Hasil: Tampak wajah pasien menringis	Imelda
	I	08.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Ketorolak 1amp/iv	Imelda
	I	08.30	Mengajarkan teknik non farmikologiik untuk menguranngmengurangi rasa nyeri(nafas dalam) Hasil: Pasien mampu dan paham terkait penggunaan teknik nafas dalam ketika pasien merasa nyeri.	Imelda
	I	08.35	Memberikan teknik non farmakologi farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Tampak pasien masih merasa nyeri	Imelda
	II	09.00	Memonitor tanda dan gejala	

			infeksi Hasil: - Tampak luka pasien masih basah - Tampak tidak ada perdarahan dan pus - Tampak terpasang tampon pada luka dan ditutupi kasa verband.	
	II	09.15	Memberikan perawatan luka operasi dengan cara: - Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan - Buka balutan luka dengan hati-hati - Bersihkan luka dengan menggunakan larutan nacl 0.9 %. - Pasang tampon yang sudah diberi betadine pada luka kemudian tutup dengan kasa steril. Hasil: - Tampak luka operasi bersih, - Tampak terpasang tampon dn ditutupi kasa verband	Imelda

	II	10.00	Menganjukam peningkatan asupan cairan Hasil: Tampak pasien minum jus buah (kurang lebih 150 cc)	Imelda
	II	11.30	Mengajarkan pada pasien dan keluarga cara mencuci tangan baik dan benar Hasil: Tampak pasien dan keluarga sdh paham dn bisa melakukan cara mencuci tangan yang baik dan benar.	Imelda
	II	12.00	Menganjurkan peningkatan asupan nutrinutrisi Hasil : Tampak pasien menghabiskan 1/2porsi bubur dan 1 buah pisang	Imelda
	I	12.00	Melaksanaak advis dokter Hasil: Inbumin 1 tab/oral	Imelda
	I	12.30	Mengidentifikasi skala nyeri pasien setelah diberikan tehnik relaksasi nafas dalam Hasil:	Imelda

			Pasien masih merasa nyeri Skala nyeri 6	
	I & II	13.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Penlos 400 mg/iv	Imelda
	I	14.40	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri Hasil: P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi Q : Pasien mengatakan nyeri serta teriris iris R : Pasien mengatakan nyeri pada daerah anus S : Skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt	Imelda
	I & II	15.00	Mengidentifikasi nyeri non verbal Hasil: Tampak pasien menringis	Firmawaty
	I	15.30	Melakukan observasi TTV Hasil: TD : 120/80 mmhg N : 80x/menit S : 36,2 ^{0}C	Firmawaty

			P : 22x/menit	
	I & II	16.00	Memberikan teknik non farmakologi farmakologis untuk mengurangi nyeri(teknik nafas dalam) Hasil: - Tampak pasien mampu melakukan teknik nafas dalam - tampak pasien masih merasa nyeri	Firmawaty
	III	16.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Ketorolak 1 amp/ iv	Firmawaty
	III	16.15	Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait perawatan luka operasi saat pulang kerumah : - cuci tangan sebelum dan sesusdah merawat luka. - Buka balutan luka dengan hati-hati - Bersihkan luka dengan menggunakan cairan nacl 0.9% dan air hangat - Obati luka dengan obat antiseptic (betadine)	Firmawaty

			- Gunakan perban steril atau plester untuk menutup luka dan mencegah masuknya kuman, - Hindari memencet atau menggaruk luka karna dapt mempercepat kerusakan disekitar area luka. - Jangan menggaruk atau mengelupas kerak yang terbentuk diatas luka karna dapat menyebabkan infeksi. - Bersihkan area luka setiap selesai BAB dan tutup kembali dengan kasa verband. - Jika kondisi luka terlihat parah atau terus berdarah segera ke dokter atau ke rs untuk mendapatkan perawatan lanjut. Hasil: - Tampak pasien dan keluarga mengerti dengan apa yang dijelaskan oleh perawata mengenai perawatan luka dirumah.	

	III	16.30	Mengajarkan perilaku hidup sehat kepada pasien: - Mengkonsumsi maknanan yang tinggi sera(sayur dan buah-buahan) - Berolahraga secara rutin. - Perbanyak minum air putih (6-8) gelas sehari. - Menghindari mengkonsumsi minuman berkafein seperti kopi,the,dan minuman bersoda. - Menghidari konsumsi alcohol Hasil: Tampak pasien mengerti tentang perikaku hidup sehat yang akan dijalani setelah pulang kerumah.	Firmawaty
	II	17.00	Menganjurkan untuk meningkatkan asupan cairan hasil: Tampak pasien minum jus buah.	Firmawaty
	II	18.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Infimycin 500 mg/ iv	Firmawaty

	I & II	19.00	Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi Hasil: Tampak pasien makan 1/2 porsi bubur	Firmawaty
	I	19.00	Melaksanakan advis dokter Hasil: Inbumin 1 tab/ oral.	Firmawaty
	I & II	20.00	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri Hasil: Pasien mengatakan suhu ruangan tidak terlalu dingin sehingga nyeri yang dirasakan tidak bertambah.	Firmawaty
	I	20:30	Mengkaji skala nyeri pasien setelah diberikan tehnik relaksasi nafas dalam dan mengobservasi TTV Hasil : Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang Skala nyeri 5 TD: 120/70 mmhg N: 76 x/ menit S: 36 ^{0}C P : 22 x/ menit	Firmawaty

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Tn . "J" / 36 tahun

Ruang/ Kamar : Bernaheth I / 1216

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

TANGGAL	Evaluasi S O A P	Perawat
2/05/2024	Dx 1 : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis S : P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris R : Pasien mengatakan nyeri pada daerah anus S : Skala nyeri 7 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kira2x 2-3 menit O : - Tampak keadaan umum lemah - Tampak pasien meringis - Observasi TTV : TD : 130/90 Nadi : 94x/ mnt Suhu : 36,5 Pernafasan : 22x/mnt A : Masalah Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri	Firmawaty

3/5/2024 14.00	Dx 2 : Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif S : - O : - Tampak luka operasi di daerah anus - Tampak luka operasi dituutuditutup verband - Tampak tidak ada tanda- tanda perdarahan - Pasien post operasi jam 16: 00 A : Masalah Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjut intervensi Penceghan infeksi DX 1: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis S : P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris R : Pasien mengatakan nyeri pada daerah anus. S : Skala nyeri 7 T : Sasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 menit. O : - Tampak keadaan umum pasien lemah.	Imelda

	- Tampak pasien meringis. - Observasi TTV TD : 130/70 mmhg Nadi: 88 Suhu:36 Pernafasan : 22 A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri Dx 2 : Resiko infeksi b.d prosedur invasif S : - O : - Tampak luka operasi masih basah. - Tampak tidak ada perdarahan. - Tampak tidak ada pus di verband - Tampak terpasang tampon dan ditututp verband. A : Masalah Resiko infeksi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi. Dx 3 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. S : Pasien mengatakan ia dan keluarga belum paham tentang perawatan lanjut penyakitnya setelah menjalani tindakan operasi dan saat	

20.15	menjalani perawatan dirumah. O : - Tampak pasien belum paham tentang masalah perawatan setelah menjalani operasi. - Tampak pasien masih bertanya tetnatentang makanan yanNg bisa di konsumsi. A : Masalah Defisit pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan Dx 1 : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis S : P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris R : Pasien mengatakan nyerin pada daerah anus S : Skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 mnt. O : - Tampak keadaan umum pasiepasien lemah. - Tampak pasien meringis - Observasi TTV:	Imelda

	TD: 120/70 Nadi: 804 Suhu: 36 Pernafasan : 22 A : Masaalah Nyeri cukup menurun P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri. Dx 2 : Resiko infeksi b.d adanya prosedur invasif S : - O : - Tampak tidak ada perdarahan - Tampak lula ditutup verband - Tampak tidak ada pus di verband. A : Masalah Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi. Dx 3 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. S : Pasien mengatakan ia dan keluarga belum paham tentang perawatatan lanjut penyakitnya setelah menjalani tindakan operasi. O : - Tampak pasien belum paham tentang	

4/5/2024 14.00	masalah perawatan setelah operasi. - Tampak pasien masih bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi. A : Masalah Defisit pengetahuan belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi. Dx 1 : Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis S : P : Pasien mengatakan nyerinpada daerah operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti teriris-iris iris R : pasien mengatakan nyeri pada daerah anus S : Skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 menit. O : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Tampak pasien meringis - Observasi TTD : TD : 130/70 Nadi: 88 Suhu: 36,2 Pernafasan: 22 A :	Firmawaty

	Masalah Nyeri Akut cukup menurun P : Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri Dx 2: Resiko infeksi b.d prosedur invasif S : - O : - Tampak luka pasien masih basah - Tampak tidak ada tanda perdarahan - Tampak trlerpasang tampon dan ditutupi verband A : Masalah Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi. Dx 3: Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi S : Pasien mengatakan ia dan keluarga sudah mulai paham tentang perawatan penyakit setelah tindalatindakan operasi. O : Tampak pasien sdh paham tentang masalah kesehatannya. tampak pasien mengkonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit. A : Masalah Defisit pengetahuan teratasi sebagian	

20.15	P : Lanjutkan intervensi Edukai Kesehatan Dx 1: Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis S : P : Pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi Q : Pasien mengatakan nyernyeri seperseperti terirsteriris-iris iris R : Pasien mengatakan nyernyeri pada daerah anus S : Skala nyeri 5 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2-3 menit O : - Keadaan umum tampak lemah. - Tampak pasien meringis - Observasi TTV: TD : 120/70 Nadi: 76 Suhu: 36 Pernafasan : 22 A : Masalah Nyeri akut cukup menurun P : Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri. Dx 2 : Resiko infeksi b.d prosedur invasif S : -	Firmawaty

	O : - Tampak tidak ada tanda perdarahan - Tampak luka operasi ditutup verband A : Masalah Resiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pencegahan infeksi. Dx 3 : Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. S : Pasien mengatakan ia dan keluarga mulai paham akan perawatan penyakit setelah tindakan operasi. O : Tampak pasien sudah paham mengenai masalah kesehatannya. A : Masalah Defisit pengetahuan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Edukasi Kesehatan	Imelda

DAFTAR OBAT

A. Asam traneksamat

1. Nama obat: Asam Traneksamat
2. Klasifikasi/ golongan obat: Antifibrinolitik
3. Dosis umum: Dewasa 0,5 -1 gram setiap 6 – 8 jam sehari
4. Dosis untuk pasien yang Bersangkutan: 1 ampul
5. Cara pemberian obat: Intravena (IV)
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Bekerja dengan cara menghambat hancurnya bekuan darah yang sudah terbentuk.
7. Kontra indikasi:
   a. Hipersensivitas terhadap As. Traneksamat
   b. Riwayat tromboemboli
   c. Riwayat trombolisis arteri/vena
   d. Aritmia
8. Efek samping:
   a. Hipotensi
   b. Nyeri kepala
   c. Diare
   d. Mual muntah

B. Omprazole

1. Nama obat: omeprazole
2. Klasifikasi/ golongan obat: Antasida dan antiulkus
3. Dosis umum: 20–40 mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: IF 15/ 12jam
5. Cara pemberian obat: iv
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Omeprazole injeksi merupakan terapi pilihan untuk pengobatan ulkus duodenum, ulkus gaster, esofagitis ulseratif, atau sindrom *Zollinger-Ellison* pada pasien yang tidak dapat menerima pengobatan peroral.
7. Kontraindikasi: Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitif terhadap obat ini atau bahan lain yang

terdapat dalam formulasi.

8. Efek samping obat: sakit kepala, diare, nyeri abdomen, mual, muntah, infeksi saluran nafas atas, vertigo, ruam, konstipasi,batuk, astenia, nyeri tulang belakang, dan lain-lain.

C. Ketorolac

1. Nama obat : Ketorolac
2. Klasifikasi / golongan obat : Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID)
3. Dosis umum :10 mg/ml/12 jam
4. Dosis untuk pasien : 10 mg/ml/8jam
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat sistem prostaglandin dan dapat dianggap sebagai analgesik yang bekerja parifer karena tidak mempunyai efek terhadap reseptor opiat.
7. Kontra indikasi :
   a. Hipersensitif terhdap ketorolac tromethamine dan pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya.
   b. Pasien dengan atau mempunyai riwayat ulkus peptikum akut,
   c. perdarahan saluran cerna atau perforasi.
   d. Paisen yang diduga menderita perdarahan serebrovaskuler,
   e. diatesis hemoragik
   f. Pasiaen yang sedang mengalami proses persalinan
   g. Ibu menyususi
   h. Mendapatkan obat AINS lainnya dan probenecid
8. Efek samping : ulkus, perdarahan saluran cerna dan perforasi, hemoragis pasca bedah, gagal ginjal akut, reaksi anafilaktoid, dan gagal hati.

D. Dexamethasort

1. Nama obat: Dexamethason
2. Klasifikasi golongan obat : kortikosteroid

3. Dosis Umum : 2 mg
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 5mg/12 jam/oral
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Dexamethasone merupakan obat kortikosteroid yang bekerja dengan menghambat pengeluaran zat kimia tertentu di dalam tubuh yang bisa memicu peradangan. Obat ini juga memiliki efek imunosupresan atau penekan sistem kekebalan tubuh.
7. Kontra indikasi : Riwayat hipersensitif terhadap obat golongan kortikosteroid, Infeksi jamur sistemik, Glaukoma, Psikosis & psikoneurosis berat, Penderita TBC aktif, Infeksi akut, Infeksi herpes mata (herpes ocular), Herpes zoster, Herpes simplex,Osteoporosis, Sindrom Cushing, Gangguan fungsi ginjal, Sedang menjalani vaksinasi, ibu hamil atau wanita yang sedang merencanakan kehamilan.
8. Efek Samping : Iritasi pada saluran pencernaan Feses berwarna gelap atau kehitaman.

E. Ondancentron

1. Klasifikasi obat/golongan obat : Antiemetik antagonis reseptor serotonin
2. Dosis umum : 8 mg
3. Dosis untuk pasien : 4 mg/12jam
4. Cara pemberian : IV
5. Mekanisme kerja obat : Memblokir efek serotonin (5HT3). Dengan begitu, efek mual dan muntah pada kondisi-kondisi di atas dapat teratasi atau bahkan dicegah.
6. Alasan pemberian obat : obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterspi, radioterapi, atau operasi.
7. Kontraindikasi : pasien yang mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini dan kombinasi dengan apomorphin karena dapat

menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran. Dan pada pasien dengan gangguan fungsi hati berat.

8. Efek samping : sakit kepala, pusing, rasa seperti melayang, konstipasi, kelelahan dan tubuh terasa lemah, rasa menggigil, mengantuk.

F. Inbumin

1. Nama obat : Inbumin
2. Klasifikasi / golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : 2 kali sehari
4. Cara pemberian obat :
5. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Inbumin adalah obat herbal dengan kandungan ekstrak ikan gabus yang kaya akan protein, asam amino, dan albumin yang bermanfaat untuk membantu memperbaiki struktur kulit hingga penyembuhan luka.
6. Kontra indikasi : -
7. Efek samping : -

G. Paracetamol

1. Nama obat : Paracetamol
2. Klasifikasi golongan obat : antipirentik
3. Dosis umum: 10 mg
4. Cara pemberian: injeksi iv
5. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 8mg/6jam/iv
6. Mekanisme dan fungsi obat: paracetamol bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada diotak untuk menurunkan suhu tubuh saat seorang mengalami demam. Selain itu, obat ini juga bisa menghambat pembentukan prostaglandin, sehingga bisa meredakan nyeri.
7. Kontra indikasi: penyakit hepar kronis, hypovolemia berat dan malnutrisi kronis
8. Efek samping: sakit kepala dan mual muntah

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada BAB ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. J usia 36 tahun dengan diagnosis medis post op hemoroid yang dirawat diruangan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 02-04 Mei 2024. Adapun pembahasan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

   Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagi sumber yaitu keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Berdasarkan hasil pengkajian kasus, penulis memperoleh data pasien Tn. J usia 36 tahun masuk RS dengan keluhan nyeri pada saat buang air besar dan kadang disertai dengan keluarnya darah berwarna merah segar, kemudian dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan pembedahan.

   Setelah dilakukan tindakan operasi pasien mengatakan nyeri pada daerah anus karena luka post operasi hemoroidektomi, Saat pengkajian didapatkan pasien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah dioperasi, pasien mengatakan nyeri disebabkan post op hemoroid, pasien mengatakan nyeri seperti di iris-iris yang dirasakan di anus, skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri dirasakan nyeri hilang timbul, Pasien tampak meringis kesakitan, tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, kadang pasien gelisah jika nyeri muncul. Tampak terpasang tampon dan perban

pada luka operasi di anus, TD : 130/90 mmhg, Nadi : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,7 ^{0}C, kesadaran composmentis.

2. Diagnosis Keperawatan

   Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. J dan sesuai dengan batasan karakteristik pengangkatan diagnosa pada buku SDKI, maka penulis mengangkat 3 diagnosis keperawatan yaitu:

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Pasca Operasi) dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah dioperasi. Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai prioritas utama, karena didapatkan data pada pasien yaitu : pasien mengatakan nyeri disebabkan post op hemoroid, nyeri seperti di iris-iris, nyeri yang dirasakan di anus, skala nyeri

      7. Pasien mengatakan nyeri dirasakan nyeri hilang timbul. pasien tampak meringis kesakitan, tampon pasien terbaring lemah ditempat tidur, pasien tampak gelisah, tampak terpasang tampon dan perban pada luka operasi pada anus, TD : 130/90 mmhg, Nadi : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,7 ^{0}C.

   b. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

      Penulis ini sebagai diagnosis kedua karena didapatkan data pada pasien yaitu: tampak luka operasi, tampak terpasang perban pada luka operasi pada anus, WBC 4.97, hasil TTV TD : 130/90 mmhg, Nadi : 84 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,7 ^{0}C.

   c. Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi

      Penulis mengangkat diagnosis ini sebagai diagnosis ketiga karena didapatkan data pada pasien yaitu: pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan pasca operasi, Pasien menanyakan apakah penyakitnya dapat muncul kembali, Pasien tampak bingung, tampak pasien bertanya – tanya tentang perawatan pasca operasi.

3. Perencanaan Keperawatan

   Berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada pasien maka penulis menyusun intervensi:

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Pasca Operasi) intervensi berdasarkan SIKI : yaitu Manajemen nyeri yang terdiri dari observasi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, monitor terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi. Terapeutik : Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : Jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam). Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
   b. Resiko infeksi ditandai dengan faktor risiko efek prosedur invasive berdasarkan SIKI yaitu pencegahan infeksi yang terdiri dari : Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Terapeutik : Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan, pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi. Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.
   c. Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi intervensi berdasarkan SIKI yaitu Edukasi kesehatan yang terdiri dari : Observasi : Identifikasi kesiapan dan

kemampuan menerima informasi. Terapeutik : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan bertanya, Edukasi : Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup sehat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah dibuat untuk mencapai hasil yang diharapkan. Salah satu focus implementasi yang dilakukan berdasarkan EBN yaitu tindakan pemberian teknik relaksasi nafas dalam.

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan tindakan asuhan keperawatan yang mengajarkan pasien melakukan teknik nafas dalam atau pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi scara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan. Tujuan pemberian teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru - paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

Tindakan dilakukan teknik relaksasi nafas dalam juga dilakukan selama 2 hari. Tindakan dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan selama selama 30-40 menit dalam sehari dan tindakan ini dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien yaitu menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi. Pelaksanaan intervensi pada diagnosis 2 resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan pencegahan infeksi yang telah ditetapkan yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, Berikan perawatan kulit pada area edema, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan, Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan

dengan benar, Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Penulis melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari dengan bekerja sama dokter dan perawat.

Pelaksanaan intervensi pada diagnose 3 Defisit pengetahuan dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan edukasi kesehatan tindakan yang akan dilakukan adalah indentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan prilaku hidup bersih dan sehat. Penulis melaksanakan implementasi keperawatan selama 2 hari dibantu perawat dan keluarga

5. Evaluasi Keperawatan

   Tahap ini merupakan tahap akhir dari pelaksanaan asuhan keperawatan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana keberhasilan tujuan yang ingin dicapai. Hasil evaluasi didapatkan penulis setelah melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari yaitu:

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak pasien meringis, tampak gelisah. Sampai hari ketiga masalah teratasi Sebagian dimana pasien masih mengeluh nyeri namun skala nyerinya sudah menurun, pasien tidak meringis, pasien masih protektif terhadap dirinya.
   b. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

      Data yang diperoleh penulis sampai hari ketiga adalah resiko infeksi teratasi sebagian dimana gangguan nyeri menurun, kemerahan cukup menurun dan bengkak cukup menurun.
   c. Defisit Pengetahuan Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi

Data yang diperoleh penulis sampai hari ketiga adalah pasien mengatakan sudah mengetahui tentang perawatan luka pasca operasi hemoroid, tampak pasien mampu menjelaskan kembali tentang perawatan luka pasca operasi hemoroid, tampak pasien mampu menjelaskan factor resiko apa saja yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan penyakit dan tampak pasien mampu menjelaskan perilaku hidup sehat seperti mengkonsumsi makanan yang tinggi serat.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Judul *Evidence Based Nursing* :

   Gambaran Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Hemoroidektomi Rumah Sakit Margono Soekarjo Purwokerto (Linda et al., 2021).

   Diagnosa Keperawatan (SDKI) : Nyeri Akut

   Luaran yang diharapkan (SLKI) : Keluhan nyeri cukup menurun, Meringis cukup menurun, Sikap protektif cukup menurun, Gelisah cukup menurun.

   Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pemberian tknik relaksasi nafas dalam

   Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

   a. Pengertian tindakan

      Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan.

   b. Tujuan / Rasional EBN dan pada kasus askep :

      Pada kasus post hemoroid, gejala yang timbul setelah operasi adalah keluhan nyeri pasca operasi. Tujuan dari tindakan pada kasus ini adalah dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik

relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

c. PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome* dan *Time)*

P : Problem	Pasien dalam studi kasus ini adalah seorang laki - laki berusia 25 tahun dengan diagnosis post operasi hemoroidektomi. Setelah dilakukan tindakan operasi pasien mengatakan nyeri pada daerah anus karena luka post operasi hemoroidektomi. Studi kasus ini dilakukan pada satu responden di rumah sakit margono soekarjo dengan meminta persetujuan menjadi responden, kerahasiaan, dan tanpa nama.
I : Intervention	Intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah pada studi kasus ini adalah pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri.
C : Comprasion	Peniliti melihat hasil skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan tehnik nafas dalam.
D : Outcome	Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh bahwa teknik relaksasi nafas dalam pada pasien post operasi hemoroidektomi setelah dilakukan implementasi selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 22 Mei 2019 sampai 24 Mei 2019, terbukti teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri dari skala sedang (4-6)

	sampai skala ringan (1-3).
T : Time	Intervensi ini dilakukan selama 3 hari dengan durasi selama 30-40 menit dalam sehari, dimulai pada tanggal 22 mei 2019 hingg 24 mei 2019.

2. Judul *Evidence Based Nursing* :

   Pengaruh relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid di rumah sakit Tk. II DR.AK.Gani Palembang (Linda et al., 2021).

   Diagnosa Keperawatan (SDKI) : Nyeri Akut

   Luaran yang diharapkan (SLKI) : Keluhan nyeri cukup menurun, Meringis cukup menurun, Sikap protektif cukup menurun, Gelisah cukup menurun.

   Intervensi prioritas mengacu pada EBN : Pemberian teknik relaksasi nafas dalam

   Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN :

   a. Pengertian tindakan

      Teknik relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi non farmakologi mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan *opoid endogen* sehingga terbentuk sistem penekan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan intensitas nyeri.

   b. Tujuan / Rasional EBN dan pada kasus askep :

      Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengurangi atau mencegah meningkatnya nyeri. Dengan dilakukannya teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan secara berulang akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien post operasi hemoroid. sehingga rasa nyaman inilah yang akhirnya akan meningkatkan toleransi seseorang terhadap nyeri.

c. PICOT EBN (*Problem, Intervensi, Comparasi, Outcome* dan *Time)*

P : Problem	Sampel terdiri dari semua pasien post operasi hemoroid yang ada di Rumah Sakit TK. II Dr. AK. Gani Palembang dari Oktober - November berjumlah 30 pasien.
I : Intervention	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi hemoroid.
C : Comprasion	Pada penelitian ini pengukuran nyeri dlakukan sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam pada masalah nyeri akut.
D : Outcome	Berdasarkan hasil penelitian ini diperoleh hasil rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sebelum dilakukan relaksasi sebesar 8,13 dengan Intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid terendah adalah 6 dan tertinggi adalah 9. Rata-rata skala nyeri pada pasien post operasi hemoroid sesudah dilakukan relaksasi sebesar 5,13 dengan Intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid terendah adalah 3 dan tertinggi adalah 9. Maka disimpulkan ada pengaruh relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hemoroid di Rumah Sakit TK. II Dr. AK. Gani Palembang

	Tahun 2019.
T : Time	Tindakan ini dilakukan dibutuhkan 5-10 menit pelatihan sebelum klien dapat meminimalkan nyeri secara efektif.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah membahas konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan pada pasien TN.J dengan penyakit post op hemoroid diruang Bernadeth I di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

   Pasien post operasi haemoroidektomi hari ke 0, pasien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi, nyeri dirasakan seperti teriris-iris, dengan skala nyeri 7 dan nyeri hilang timbul. Pasien juga mengatakan setelah menjalani operasi pasien tidak mengetahui tentang perawatan pasca operasi pasien tampak bingung, tampak pasien bertanya – tanya tentang perawatan pasca operasi, tampak pasien meringis kesakitan, tampak pasien gelisah, tampak pasien menahan nyeri dan tampak terpasang tampon ditutup perban pada luka operasi di anus. Pengkajian dilakukan pada tanggal 01 Mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 130/90 mmHg, N: 84x/menit, P:20x/menit, S: 36,7 ^{0}C.
2. Diagnosa Keperawatan yang diangkat penulis adalah :
   a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Pasca Operasi)
   b. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive
   c. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar informasi
3. Intervensi keperawatan yang dibuat berdasarkan hasil dari diagnosis keperawatan sesuai dengan SLKI dan SIKI adalah: manajemen nyeri, pencegahan infeksi dan edukasi kesehatan.

4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai intervensi yang telah dibuat. Salah satu focus implementasi berdasarkan *evidanse based nursing* (EBN) pada Tn. J adalah pemberian teknik relaksasi napas dalam selama 3 hari dan bekerja sama dengan tim kesehatan lainya, pasien dan keluarga sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Evaluasi dari setiap diagnosis keperawatan yang diangkat pada Tn. J yaitu diagnosis pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Pasca Operasi) belum teratasi, diagnosis kedua resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive teratasi sebagian, diagnosa ketiga defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Akademik

   Diharapkan dapat menjadi acuan dan menambah jumlah literatur dan buku keperawatan yang berkaitan dengan post op hemoroid, sehingga mempermudah penulis untuk mencari literatur.
2. Bagi profesi keperawatan

   Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang *kompherensif* pada pasien dengan post op hemoroid.
3. Bagi instansi Rumah sakit

   Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op hemoroid dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN).

.

DAFTAR PUSTAKA

Hadni, N. S., Oktaviyanti, I. K., Rosida, L., Wibowo, A. A., & Yuliana, I. (2023). Hubungan usia dan jenis kelamin dengan derajat keparahan Hemoroid Interna. Homeostasis, 6(1), 257. https://doi.org/10.20527/ht.v6i1.8813

Ii, T. K., Gani, A. K., Tahun, P., & Kunci, K. (2019). Nyeri pada pasien post operasi Hemoroid di Rumah Sakit. 2019, 171–177.

Indrayani, N. N. A., Arnaya, A. A., Wiguna, K. K., & Wiyasa, I. B. P. (2021). Diagnosa dan tatalaksana pada Hemoroid derajat IV : Laporan kasus. Intisari sains medis, 12(3), 706–709. https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1165

Linda, A. R., Julianto, E., & Eko Sari Ajiningtyas. (2021). Gambaran pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk diseases information clearinghouse program. 36–47.

Mahadevan, V. (2020). Anatomy of the rectum and anal canal. Surgery (United kingdom), 35(3), 121–125. https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2016.12.008

Maulana, R. Y., & Wicaksono, D. S. (2020). Efek antiinflamasi ekstrak tanaman pagoda terhadap Hemoroid. Jurnal Penelitian perawat profesional, 2(2), 131–138. https://doi.org/10.37287/jppp.v2i2.82

Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis dan penatalaksanaan Hemoroid. Ganesha medicine, 1(1), 38. https://doi.org/10.23887/gm.v1i1.31704

Rizal, F., Safirza, S., & Wahyuni. (2023). Gambaran tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit Hemoroid di poli bedah Rumah Sakit pertamedika. Jurnal kesehatan tambusai, 4(3), 1–10.

Tri Utami, & Ganik Sakitri. (2020). Pemberian kompres dingin terhadap penurunan nyeri pada pasien post hemoroidektomi Di Rsud Simo Boyolali: Studi kasus. Jurnal ilmu keperawatan, 8(1), 1–8. https://doi.org/10.52236/ih.v8i1.169

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar diagnosa keperawatan indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar luaran keperawatan indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.

Wanda Annisa, B., Fauzan, L., & Yuliansyah, A. (2022). Diagnosis dan tatalaksana Hemoroid. Jurnal kedokteran unram, 1(3), 1085–1093.

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok pembahasan : Pemberian teknik relaksasi napas

Sub pokok pembahasan : Pemberian teknik relaksasi napas dalam Sasaran

: Pasien dengan post op hemoroid

Tempat : Bernadeth I

Waktu : Disesuaikan

Penyuluh : Firmawaty Naim & Imelda Mellolo

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, sasaran mampu memahami tentang teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan sasaran dapat :

1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Menyebutkan manfaat pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Menyebutkan Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

D. Metode

1. Ceramah dan tanya jawab

E. Alat dan Media

2. Leafleat

F. Kegiatan Belajar Mengajar (KMB)

No	waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	5 menit	Pembukaan : - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	- Menyambut salam dan mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan
2	10 menit	Pelaksanaan : - Menjelaskan tentang pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri - Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertaya - Menjelaskan tentang tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam - Memberikan kepada pasien untuk bertaya - Menjelaskan Langkah-langkah dalam pemberian teknik relaksasi napas dalam	- Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertayaan yang diajukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertayaan yag diajukan

		- Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertaya	- Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertayaan yang diajukan
3	5 menit	Penutup Evaluasi : - Menayakan pada pasien tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada pasien bila dapat menjawab pertayaan dan menjelaskan Kembali pertayaan/materi Terminasi - Mengucapkan terimakasih kepada pasien dan keluarga - Mengucapkan salam	- Menjawab dan menjelaskan pertanyaan - Mendengarkan dan membalas salam

G. Pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

1. Pengertian

   Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut.

2. Tujuan

   Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dapat membuat pasien menjadi merasa nyaman.

3. Langkah-langkah

No	SOP	Rasional
1	Memberikan salam teraupetik	Bina hubunga saling percaya
2	Menjaga privasi pasien	Menghargai pasien
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga	Agar pasien mengerti Memahami tentang apa yang akan dilakukan
4	Mengatur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik	Agar pasien merasa nyaman
5	Instruksikan pasien untuk menarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan pasien dengan cara perlahan	Mengisi ruang paru kiki dan kanan dengan udara (o^2)
6	Mengembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatianya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya	Mengeluarkan udara yang ada diparu kiri dan kanan
7	Instruksikan pasien buat bernapas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)	Mengisi ruang paru kiri dan kanan
8	Instruksikan pasien untuk kembali Menarik nafas dalam kemudian menghembuskanya dengan cara perlahan	Mengeluarkan udara yang ada didalam paru kiri dan kanan

9	Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, uadara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatanya	Agar pasien merasakan ketenangan
10	Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri Kembali lagi	Memaksimalkan teknik relaksasi napas dalam
11	Setelah pasien merasakan ketenangan minta pasien untuk melakukan secara mandiri	Agar klien melakukanya
12	Evaluasi hasil kegiatan	Mengetahui perasaan nafas dalam
13	Akhiri kegiatan dengan baik (mengucapkan salam)	Bina hubungan saling percaya
14	Cuci tangan	Meminimalkan transfer mikroorganisme
15	Dokumentasi	

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI

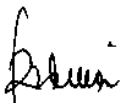
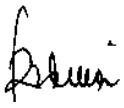
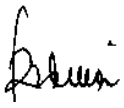
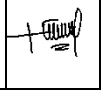
Nama : 1. Firmawaty Naim / NS2314901046
2. Imelda Mellolo / NS2314901057

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.J dengan Post Op Hemoroid di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

Pembimbing Kasus : Rosdewi, S.Kp.,MSN

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Kamis, 2 Mei 2024	- Lapor kasus KIA - ACC pengambilan kasus Post Op Hemoroid - Lanjutkan ke BAB III			
2.	Rabu, 8, Mei 2024	Konsul BAB III pengkajian - intervensi keperawatan - Revisi pengkajian - Revisi penyusunan kata intervensi			
3.	Jumat, 9 Mei 2024	Konsul BAB III pengkajian – evaluasi keperawatan - Revisi pengkajian - Revisi penyusunan kata evaluasi			
4.	Senin, 13 Mei 2024	- ACC BAB III			

		- Lanjut BAB IV			
5.	Senin, 20 Mei 2024	Konsul BAB IV - Revisi penyusunan kata di pembahasan kasus - Tambakan data-data dari pengkajian.			
6.	Selasa, 28 Mei 2024	Konsul revisi BAB IV - Tambahkan teori di pembahasan kasus - Revisi PICOT EBN - Telaah kembali EBN Lanjut BAB V			
7.	Selasa 6 Juni 2024	ACC BAB IV ACC BAB V			

LEMBAR KONSULTASI

Nama : 1. Firmawaty Naim / NS2314901046
2. Imelda Mellolo / NS2314901057

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.J dengan Post Op Hemoroid di Ruang Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Pembimbing Teori : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1.	Senin, 13 Mei 2024	Konsul BAB I - Tambahkan data Post op Hemoroid - Tambahkan manfaat praktisi - Tambahkan poin sistematika penulisan			
2.		Konsul BAB I - Tambahkan penyebab dan factor resiko hemoroid - Perbaikan tulisan manfaat penulisan Lanjut BAB II			
3.	Senin, 20 Mei 2024	Konsul revisi BAB I ACC BAB I Konsul BAB II - Sesuaikan			

		patoflowdiagram dengan teori dalam bentuk narasi - Perbaiki format penulisan Lanjutkan revisi BAB II Lanjutkan BAB IV			
4.	Selasa, 28 Mei 2024	ACC BAB II Konsul BAB IV - Tambahkan teori di pembahasan kasus - Revisi PICOT EBN Lanjut BAB V			
5.	Selasa 6 Juni 2024	ACC BAB IV ACC BAB V			

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	: Firmawaty Naim
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang, 17 April 1981
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Bajiminasa II

Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/Ibu	: Alm. Muh Basri/Supiati
Agama	: Islam
Pekerjaan Ayah/Ibu	: -/IRT
Alamat	: Jalan Manunggal

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN INP Sambung Jawa 1	: 1987 - 1993
SMPN Jongaya	: 1993 - 1996
SPK Stella Maris	: 2011 - 2013
STIK Stella Maris Makassar	: 2021 - 2023

RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama	: Imelda Mellolo
Tempat/Tanggal Lahir	: Takalar, 31 Mei 2001
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Katolik
Alamat	: Jalan P. Papi II

Identitas Orang Tua/Wali

Ayah/Ibu	: David Duruk/Elis Pakiding
Agama	: Kristen Katolik
Pekerjaan Ayah/Ibu	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Jalan P. Papi II

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Gloria Makassar	: 2006 - 2007
SD Inpres Tello Baru Makassar	: 2007 - 2013
SMP Kemala Bhayangkari Makassar	: 2013 - 2016 SMK
Kartika XX-1 Makassar	: 2016 - 2019
STIK Stella Maris Makassar	: 2019 - 2023