



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN
PRE DAN POST HEMOROIDEKTOMI DI RUANG ANYELIR
RUMAH SAKIT SWASTA JATI ASIH
DI MASA PANDEMI COVID 19**

**DISUSUN OLEH:
FENY DEBORA
201801020**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. W DENGAN
PRE DAN POST HEMOROIDEKTOMI DI RUANG
ANYELIR RUMAH SAKIT SWASTA JATI ASIH
DI MASA PANDEMI
COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
FENY DEBORA
201801020**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Feny Debora

NIM : 201801020

Institlisi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. W dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di Ruangan Anyelir di Rumah Sakit Swasta Jati Asih” yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei sampai dengan 05 Mei 2021 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatrisme baik dalam aspek pentilisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebesar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 16 Juni 2021

Yang Membuat Pernyataan



(Feny Debora)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. W Dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di Ruang Anyelir di Ruang Rumah Sakit Swasta Jati Asih Pada Masa Pandemi Covid 19” ini telah disetujui untuk diujikan pada sidang dihadapkan tim penguji.

Bekasi, 16 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M. Kep.)

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan



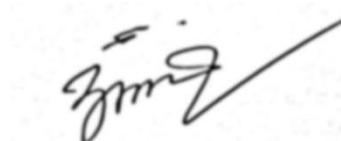
(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. W Dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di Ruang Anyelir di Ruang Rumah Sakit Swasta Jati Asih Pada Masa Pandemi Covid 19” ini telah disetujui untuk diujikan pada sidang dihadapkan tim penguji.

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Yanti', with a long horizontal stroke extending to the right.

(Ns. Lastri Yanti, S.Kep., M. Kep.)

Penguji II

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Aprillia Veranita', with a long horizontal stroke extending to the right.

(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M. Kep)

Nama : Feny Debora
NIM : 201801020
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Pre dan Post *Hemoroidektomi* di Ruang Anyelir Rumah Sakit Mitra Keluarga Jati Asih.**
Halaman : V + 46 Halaman + 1 Tabel + 1 Lampiran
Pembimbing : AprilliaVeranita

ABSTRAK

Latar belakang Hemoroid adalah kondisi anorektal yang mengalami pelebaran dan perpindahan distal bantalan anus normal. Berdasarkan data dari rekam medis RS Mitra keluarga Jati Asih periode selama Februari 2020 hingga Mei 2021 ditemukan sebanyak 9 pasien dengan kasus hemoroid

Tujuan Umum Memberikan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoroid

Metode penulisan penulis menggunakan metode deskriptif, dengan sampel Tn.W. Data diperoleh dengan wawancara, pemeriksaan, memperoleh catatan dan laporan diagnostik serta bekerja sama dengan perawat ruangan

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan, nyeri akut berhubungan dengan prosedur invasif, Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Diagnosa prioritas keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif. Intervensi keperawatan prioritas adalah management nyeri yaitu relaksasi nafas dalam.

Kesimpulan dan Saran : Asuhan keperawatan pada pasien dengan pre dan post hemoroid perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri, mengatasi nyeri dengan farmakologis dan non farmakologis. Penanganan yang baik dapat mengurangi kondisi nyeri. Intervensi yang diberikan adalah teknik relaksasi nafas dalam sehingga diharapkan nyeri dapat berkurang.

Keyword : asuhan keperawatan, hemoroid

Daftar Pustaka : 10 (2010-2020)

Name : Feny Debora
Student ID number : 201801020
Majors : Diploma of Nursing
The Tittle of Scientific Paper : Nursing Care to Mr. W with Pre and Post Hemorrhoidectomy in Anyelir Room of Mitra Keluarga Hospital, East Jati Asih
Pages : VI + 46 Pages + 1 Tabel + 1 Attachment
Advisor : Aprillia Veranita

ABSTRACT

Background : Hemorrhoid are anorectal conditions that experience widening and distal displacement of the normal anal cushion. Based on data from the medical records of the Mitra Keluarga Jati Asih Hospital for the period from February 2020 to May 2021, it was found that there were 9 patients with hemorrhoids.

General Purpose : Provide real experience in providing nursing care to patients with hemorrhoid

Writing Method: The results of the assessment obtained 4 nursing diagnoses, namely acute pain associated with physiological injury agents, anxiety related to fear of failure, acute pain associated with invasive procedures, risk of infection related to the effects of invasive procedures. The priority nursing diagnosis is acute pain related to the effects of an invasive procedure. Priority nursing intervention is pain management, namely deep breathing relaxation

Result : Nursing care for patients with hemorrhoids needs to pay attention to nursing problems, namely pain, this problem occurs because of the effects of hemorrhoid in the anus and the process after surgery.

Conclusions and suggestions : Nursing care for patients with pre and post hemorrhoids needs to pay attention to nursing problems, namely pain, overcoming pain with pharmacological and non-pharmacological methods. Good treatment can reduce pain conditions. The intervention given is a deep breathing relaxation technique so that it is hoped that pain can be reduced.

Keyword: nursing care, hemorrhoids

Bibliography: 10 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan perlindungannya sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. W dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di Ruan Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih” yang dilaksanakan pada tanggal 3 sampai 5 Mei 2021. Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah dan persyaratan Ujian Program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mendapat pengarahan, bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep.,M.Kep selaku penguji II serta dosen pembimbing penulisan karya tulis ilmiah, yang telah sabar menyempatkan waktunya untuk memberikan motivasi, bimbingan dan bantuan yang bermanfaat untuk penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Anung Ahadi, S.Kep., M.Kep.,Sp.Kep.Kom selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari semester I hingga semester VI serta dapat menyelesaikan seluruh program belajar ini dengan baik dan lancar.
5. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep, selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis.
6. Seluruh dosen dan staff STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
7. Orangtua penulis Bapak Kasdi Sitorus dan Ibu Samarince Siregar, adik penulis Susan Ester Naully, serta keluarga yang telah memberikan doa, dukungan, semangat dan sabar mendengar keluh kesah serta materil

Kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.

8. Kepala Ruangan, clinical mentor yang bersedia meluangkan waktu untuk membantu mencari kasus serta membimbing penulis beserta staff perawat ruang, petugas rekam medik Rumah Sakit Swasta Jati Asih yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
9. Pasien Tn.W beserta keluarga yang bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Sahabat dalam suka dan duka Ratna komala sary, Mega wahyuni, Veny Latifani dan Febrianty wacanno yang selalu setia memberikan semangat, dukungan serta mendengarkan keluh kesah dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Keluarga baruku “Gading Squad” yang terdiri dari, Agnes Nita, Alfonsa De Liguori Diaz, Christine Rodo, Ilham Wahyu, terkhusus Putri Anggia Renata yang selalu memberikan tatrang, membuat kopi, menyemangati penulis selama tiga minggu praktek di Rs Mitra Keluarga Kelapa Gading.
12. *Close friend* ku Azahra Safa Maurin, Fitria Ramdhani, Nuraini Fadilah, dan Dwi Wulan Sari
13. Teman-teman seperjuangan kelompok keperawatan medikal bedah yang saling memberikan motivasi dan semangat dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
14. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Mitra Keluarga angkatan ke VIII yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi bentuk maupun penyajiannya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 03 Mei 2021

Feny Debora

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II	6
TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi	6
D. Penatalaksanaan Medis	8
E. Pemeriksaan diagnostik	9
F. Pengkajian Keperawatan	9
G. Diagnosa Keperawatan	10
H. Rencana Keperawatan	10
I. Pelaksanaan Keperawatan	13
J. Evaluasi Keperawatan	13
BAB III	14
TINJAUAN KASUS	14

A. Pengkajian Keperawatan.....	14
B. Diagnosa Keperawatan	30
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan Pre Operasi	30
BAB IV	38
PEMBAHASAN	38
A. Pengkajian Keperawatan.....	38
B. Diagnosa Keperawatan	39
C. Perencanaan Keperawatan.....	40
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	40
E. Evaluasi Keperawatan	41
BAB V.....	44
PENUTUP.....	44
A. Kesimpulan.....	44
B. Saran.....	45
DAFTAR PUSTAKA	46

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	26-28
-----------------------------	-------

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hemoroid merupakan penyakit umum yang terjadi di masyarakat dan sudah ada sejak dahulu. Tidak hanya sekedar melebarnya vena hemoroidalis, tetapi bersifat lebih kompleks yakni melibatkan beberapa pembuluh darah, serta otot-otot di sekitar anorektal. Penyakit ini timbul akibat kurangnya jumlah serat yang masuk ke dalam tubuh, sehingga menyebabkan sulit mengejan pada saat buang air besar. (Nurarif, A.H & Kusuma, 2015)

Secara umum hemoroid disebutkan 50-70% orang dewasa pernah mengalami gejala hemoroid. Penyakit ini sebagian besar ditemukan pada orang berusia antara 45 dan 65 tahun. Laki-laki dan wanita mempunyai kecenderungan yang sama untuk terkena hemoroid. Namun wanita lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki karena adanya faktor kehamilan dan melahirkan (Harmin sarana, 2019)

Etiologi pada hemoroid kurangnya mengkonsumsi makanan tinggi serat, mengejan terlalu kuat, duduk terlalu lama sehingga perlu penanganan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2014) jumlah hemoroid di dunia mencapai lebih dari 230 jiwa dan diperkirakan meningkat menjadi 350 juta jiwa pada tahun 2030. Prevalensi hemoroid di seluruh dunia diperkirakan pada populasi umum adalah 4,4%.

Berdasarkan data dari *The National Center of Health Statistic* di Amerika Serikat, prevalensi hemoroid sekitar 4,4% (Buntxen et al, 2013). Prevalensi hemoroid lebih tinggi di Australia (38,93%) diikuti oleh Israel (16%) dan Korea (14,4%). Sangat sedikit upaya telah dilakukan untuk menilai prevalensi hemoroids di Afrika.

Menurut Dapertemen Kesehatan (2015) prevalensi hemoroid di Indonesia setidaknya 5,7% dari total populasi atau sekitar 10 juta orang, namun lainnya 1,5 % saja yang terdiagnosa. Jika data Riskesda (Riset Kesehatan Dasar) 2015 menyebutkan ada 12,5 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami hemoroid. Berdasarkan data *Medical Record* Rumah Sakit swasta di Jati Asih ruang rawat inap kasus pasien yang didiagnosa hemoroid selama satu tahun terakhir dari periode februari 2020 hingga Mei 2021 didapatkan sebanyak 9 kasus. Rata-rata pasien yang berobat berada pada grade 2.

Komplikasi dari hemoroid adalah perdarahan, thrombosis, dan strangulasi hemoroid. Perdarahan yang parah dari trauma vena jangka panjang saat defekasi dapat Penatalaksanaan hemoroid terbagi atas penatalaksanaan farmakologis, nonfarmakologis dan invasif.

Penatalaksanaan non farmakologis antara lain: koreksi konstipasi jika ada meningkatkan konsumsi serat, menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan konstipasi seperti kodein, meningkatkan konsumsi cairan, menghindari konstipasi dan mengurangi mengejan saat buang air besar, Penatalaksanaan pembedahan dilakukan untuk hemoroid pada derajat III dan IV tetapi apabila hemoroid internal derajat tidak membaik dengan penatalaksanaan non farmakologis maka dapat dilakukan tindakan pembedahan (Nurarif, A.H & Kusuma, 2015). Tindakan hemoroidektomi dapat menyebabkan pengaruh pada beberapa dimensi pada pasien yaitu dimensi fisik seperti gangguan tidur, nyeri, kelelahan dan mobilitas yang terganggu. Pada pasien yang akan dilakukan hemoroidektomi dimensi psikologi mengalami perasaan penuh ketidak pastian dan kecemasan. (Eka, 2019).

Protokol kesehatan sangat diperlukan pada masa pandemi dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoroid. Saat melakukan asuhan keperawatan, perawat diharuskan menerapkan protokol kesehatan 5M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan,

dan mengurangi mobilitas) untuk mengurangi risiko terinfeksi atau menyebarkan COVID-19.

Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai *Caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan, *advocate* atau advokator, *educator* atau pemberi edukasi, dan kolaborator atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Peran perawat sebagai *caregiver* yaitu memperhatikan kebutuhan pasien dengan hemoroid yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan. Peran perawat sebagai *advocate* yaitu sebagai pembela hak pasien dengan hemoroid. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan edukasi dengan tujuan mengubah perilaku pasien dengan hemoroid agar dapat menjalani pola hidup sehat dan menganjurkan pasien untuk banyak mengonsumsi tinggi serat. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, teknik laboratorium medik, , dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan hemoroid. Kolaborasi khususnya dilakukan dalam pemberian obat injeksi untuk pemberian obat analgetik dan pencegahan infeksi. Berdasarkan uraian diatas peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien hemoroid. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membahas dan melakukan lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan pre dan post hemoroidektomi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hemoroid. Serta penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hemoroidektomi.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Hemoroid.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan Hemoroid.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Hemoroid.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien dengan Hemoroid.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Hemoroid.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi diagnosa, faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau diagnosa, pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hemoroid.

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini merupakan Asuhan Keperawatan pada Tn. W dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih selama tiga hari dari tanggal 03 Mei 2021 sampai 05 Mei 2021

D. Metode Penulisan

1. Studi Kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi Literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien, jurnal dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Studi Dokumentasi

Yaitu dengan cara mengumpulkan data melalui rekam medis, dan perawat ruangan.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan makalah ini penulis membagi bagian karya tulis ilmiah menjadi lima bab besar yang tersusun secara sistematis sebagai berikut: Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, dan komplikasi), penatalaksanaan medis, asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan terdiri dari kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Hemoroid adalah kondisi anorektal yang mengalami pelebaran dan perpindahan distal bantalan anus normal (Lohsiriwat, 2012)

Hemoroid adalah pelebaran pembuluh darah kolateral anal dan perianal yang menghubungkan sistem portal dan sistem vena kava untuk mengurangi tekanan vena yang meningkat dalam pleksus hemoroid. (Maria, F.H & Meilainia, 2020).

B. Etiologi

Menurut (Nurarif, A.H & Kusuma, 2015) Hemoroid timbul karena pelebaran, pembengkakan atau infamasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh faktor-faktor risiko atau pencetus, yaitu :

1. Mengedan saat buang air besar yang sulit
2. Pola buang air besar yang salah (lebih banyak menggunakan toilet duduk)
3. Terlalu banyak duduk
4. Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor
5. Kehamilan disebabkan tekanan pada abdomen dan perubahan hormonal
6. Usia
7. Konstipasi kronik
8. Diare akut dan diare kronik yang berlebihan.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Menurut (Mulyanti, 2013) perjalanan penyakit pada hemoroid yaitu : Prolaps disebabkan oleh spasme pada sfingter internal sebagai akibat karena tekanan yang mendorong benjolan melalui sfingter. Komplikasi yang berhubungan dengan interna meliputi perdarahan, prolaps, dan thrombus. Hemoroid yang tersusun dari jaringan vascular spor, menimbulkan perdarahan. Kekurangan zat besi sebagai akibat dari anemia dapat berkembang jika perdarahan dalam waktu yang lama. Trombosis pada hemoroid eksternal sebagai akibat dari pembekuan darah dalam vena

hemoroid.

Trombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat dan mengejan. Seseorang yang merasakan nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila seseorang duduk saat defekasi. Biasanya tidak langsung tampak dalam satu minggu. Trombosis pada hemoroid eksternal selalu diikuti oleh prolapse thrombosis hemoroid internal. Pembekuan darah pada permukaan kulit maka dapat menimbulkan ulserasi (Mulyanti, 2013)

2. Manifestasi klinik

Menurut (Mulyanti, 2013) manifestasi klinik pada hemoroid, yaitu:

- a. Gangguan pada anus, nyeri benjolan, perdarahan,
- b. Benjolan anus yang menetap pada hemoroid eksternal sedangkan pada hemoroid internal benjolan anus tanpa prolaps mukosa dan keduanya sesuai dengan gradasinya.
- c. Dapat terjadi anemeia bila hemoroid mengalami pendarahan kronis
- d. Perdarahan per anus waktuss gerak yang berupa darah merah segar yang menetes/mengecur tanpa rasa nyeri
- e. Bila terjadi bekuan darah pada saat gerak maka dapat menyebabkan infeksi dan menimbulkan rasa nyeri.

3. Klasifikasi

Menurut (Harmin sarana, 2019) Hemoroid diklasifikasikan menjadi dua, yaitu :

a. Hemoroid eksternal

Pembesaran vena rektalis yang terletak berada di luar mukosa dubur, tapi masih dibawah lapisan epitel anus. Benjolan ini biasanya tidak menimbulkan keluhan yang serius. Gangguan biasanya baru dirasakan apabila terjadi bekuan darah (thrombus) di dalam anus.

b. Hemoroid Internal

Pembesaran vena rektalis superior. Hemoroid internal biasanya berada

pada lokasi sebelah kiri, kanan depan dan kanan belakang dinding kanal anus.

4. Komplikasi

Menurut (Mulyanti, 2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan hemoroid, yaitu :

- a. Perdarahan bila terjadi perdarahan akut dapat menyebabkan syok hipovolemik, sedangkan perdarahan kronis dapat menyebabkan anemia.
- b. Komplikasi dapat berkembang yang akan mengalami iritasi dan infeksi sehingga dapat terjadi sepsis.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Sarana, 2019) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan hemoroid yaitu:

1. Non farmakologis

Penalaktasanaan yang dapat di lakukan pada pasien dengan hemoroid memperbaiki pola makan dan minum, pola buang air besar dan cara berolahraga sebagian besar dapat mengatasi tanda gejala hemoroid

2. Farmakologis

Pada kasus hemoroid yang lebih berat diperlukan obat-obatan. Obat yang biasa digunakan antara lain obat yang memperkuat pembuluh darah (*phlebotonik*) yang mengandung hidrosmin. Hidrosmin dapat diberikan dua kapsul tiga kali sehari bila pada saat keadaan akut. Secara bertahap dosis ini diturunkan menjadi dua kali satu kapsul. Obat Hidrosmin ini dapat memperbaiki aliran darah dan cairan limfe, mengurangi trombosit yang menyebabkan sumbatan dan meningkatkan tonus pembuluh darah vena sehingga aliran darah menjadi lancar dan tidak menumpuk di perifer. Serta obat-obatan suppositoria yang mengandung kortikosteroid yang dimasukkan ke dalam anus atau dioleskan salep yang mengandung Hidrosmin.

3. Pembedahan

Pembedahan dapat dilakukan apabila hemoroid interna derajat II tidak membaik dengan penatalaksanaan konservatif.

- a. Stapler hemoroid, metode operasi ini menggunakan alat stapler hemoroid untuk menarik mukosa hemoroid keatas dan dipotong serta dijahit dengan bantuan alat stapler hemoroid.
- b. HAL-RAR (*Haemorrhoidal Artery Ligation, Recto Anal Repair*), metode ini dilakukan dengan meligasi pembuluh darah yang mensupply hemoroid. Dengan dilakukan ligasi pembuluh darah maka hemoroid akan kollaps.

E. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut (Sarana, 2019) yang dapat dilakukan dengan pasien hemoroid yaitu:

1. Colok dubur

Pada penderita hemoroid pasti akan mengalami prolaps pada duburnya, lapisan epitel yang menonjol ke luar ini akan mengeluarkan mucus yang dapat dilihat apabila penderita diminta untuk mengedan. Pada pemeriksaan colok dubur hemoroid internal tidak dapat diraba sebab tekanan vena didalamnya tidak cukup tinggi, dan biasanya tidak nyeri. Colok dubur dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya karsinoma rectum.

2. Anoskopi

Pemeriksaan ini digunakan dengan cara memasukkan alat kedalam rectum untuk melihat adanya hemoroid interna dan eksterna.

F. Pengkajian Keperawatan

Menurut Rohmah & Walid (2009), pengkajian pada pasien yang mengalami hemoroid meliputi:

1. Eliminasi BAB

pada pasien post operasi hemoroidektomi terdapat keengganan untuk BAB sehingga terjadi konstipasi

2. Aktivitas/istirahat

Pada pasien hemoroid biasanya mengalami keterbatasan aktivitas dan gangguan tidur karena nyeri pada anus sesudah operasi pasien.

3. Sistem integument

Pada pasien dengan post hemoroidektomi biasanya akan ditemukan kelainan integument karena adanya luka insisi pada daerah anus. Sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi.

4. Pemeriksaan anus: pembesaran pembuluh darah balik (vena pada anus terdapat benjolan pada anus.

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan pada pasien Hemoroid yaitu:

Pre operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif
2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
4. Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis

H. Rencana Keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) rencana keperawatan pada pasien Hemoroid yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan efek prosedur invasife.

Kriteria hasil: menyatakan nyeri hilang

Intervensi:

- a. Observasi
 - a) Observasi tanda-tanda vital
 - b) Identifikasi PQRST
 - c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- b. Terapeutik
 - a) Berikan posisi supinasi
 - b) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
 - c) Hindari maneuver Valsava.
- c. Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian pelunak feses dan laksatif
 - b) Kolaborasi pemberian analgetik.
 - c) Kolaborasi rendam duduk setelah tampon diangkat

3. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

Kriteria hasil: Ansietas berkurang

Intervensi:

- a. Observasi
 - a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya: kondisi waktu, stressor)
 - b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)
- b. Terapeutik
 - a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
 - b) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - c) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- c. Edukasi
 - a) Jelaskan prosedur, waktu dan lamanya pembedahan

4. Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Kriteria hasil: perdarahan tidak terjadi

Intervensi:

- a. Observasi
 - a) Monitor tanda-tanda vital (suhu)
 - b) Monitor tanda dan gejala perdarahan
 - c) Monitor nilai hematokrit, hemoglobin
- b. Terapeutik

- a) Pertahankan bed rest selama perdarahan
- b) Hindari pengukuran suhu rektal
- c. Edukasi
 - a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
 - b) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
- d. Kolaborasi
 - a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu.
 - b) Kolaborasi pemberian transfusi, jika perlu
 - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

5. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

Kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu dalam batas normal (36,5-37,4°C).

Intervensi

- a. Kriteria hasil: Observasi
 - Monitor tanda dan gejala infeksi
- b. Terapeutik
 - a) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
 - b) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- c. Edukasi
 - a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b) Ajarkan cuci tangan dengan benar
 - c) Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- d. Kolaborasi
 - Kolaborasi pemberian antibiotik

6. Konstipasi berhubungan dengan efek agen

farmakologis Kriteria hasil:

Intervensi:

- a. Observasi: Identifikasi tanda dan gejala konstipasi
- b. Terapeutik: Anjurkan diet tinggi serat
- c. Edukasi
 - a) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan
 - b) Latih buang air besar secara teratur
- d. Kolaborasi: kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu.

I. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Kozier, Barbara, 2010), implementasi merupakan fase saat perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

J. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Potter Pery, 2010) evaluasi adalah proses *continue* yang terjadi pada saat perawat melakukan kontak dengan pasien. Dalam evaluasi terdapat 5 unsur yaitu:

1. Mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi.
2. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi.
3. Menginterpretasi dan meringkas data.
4. Mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis.
5. Menghentikan, meneruskan atau merevisi rencana perawat.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. W, berjenis kelamin laki-laki, berusia 43 tahun, status perkawinan sudah menikah, beragama islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir S1, Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia, pekerjaan Editor. Pasien tinggal di Perupi Wahana Pondok Gede Blok V3 Jati Asih Bekasi. Sumber data yang didapat dalam pengkajian adalah dari pasien, keluarga, perawat, dan rekam medis.

2. Resume pasien

Pre Operasi

Tn. W usia 43 tahun masuk ke poliklinik penyakit dalam rumah sakit Swasta Jati Asih pada tanggal 03 Mei 2021 pukul 08.30 WIB dengan keluhan nyeri pada anus sejak satu minggu lalu, nyeri saat berjalan, duduk dan BAB, nyeri seperti ditekan. Pada saat di Poli dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 130/92 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, frekuensi pernafasan 18 x/menit, suhu 36,1°C. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Telah dilakukan pemeriksaan anoskopi hasil hemoroid internal grade 2. Dilakukan pemeriksaan Labaoratorium pada tanggal 03 Mei 2021 dengan hasil MCH 32*, SGOT 112*, SGPT 201*. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah pemasangan infus. Evaluasi secara umum adalah pasien merasa nyeri pada rectum. Pada pukul 15.30 pasien di pindahkan ke ruang perawatan Anyelir. Pasien masih mengeluh nyeri pada anus skalanya nyeri 8, nyeri seperti ditekan. Masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah Pemasangan infus RL, dengan hasil Infus terpasang di vena cefalica sinistra tidak ada tanda-tanda

plebitis, mengkaji TTV: tekanan darah: 135/86 mmHg, nadi: 92 x/menit, frekuensi pernafasan: 19 x/menit, suhu: 36,2°C. Evaluasi secara umum kesadaran pasien kompos mentis dan pasien mengatakan masih nyeri skala 8.

Post Operasi

Pasien kembali keruang perawatan Anyelir pada tanggal 04 Mei 2012, pukul 09.50 WIB dengan tindakan Hemoroidektomi dan dengan hasil operasi di pasang kateter, terpasang tampon anastesi general, keadaan saklit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah: 140/90 mmHg, nadi: 98 x/menit, frekuensi pernafasan: 19 x/menit, Suhu: 36,4°C. Masalah keperawatan utama yang muncul adalah resiko pendarahan. Tindakan yang dilakukan mengoservasi tanda-gejala perdarahan dengan hasil pasien mengatakan terpasang tampon pada anus, tampon berisi darah 10 cc. Evaluasi secara umum tampon pasien ada darah.

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pre Operasi

Keluhan utama pasien saat ini adalah terdapat benjolan pada rectum anus, benjolan pada anus terasa nyeri. Nyeri muncul pada saat berjalan, duduk dan bab. Skala nyeri 8. Pasien mengatakan faktor pencetus benjolan akibat karena duduk yang terlalu lama, jarang minum air putih dan kurang makan berserat.

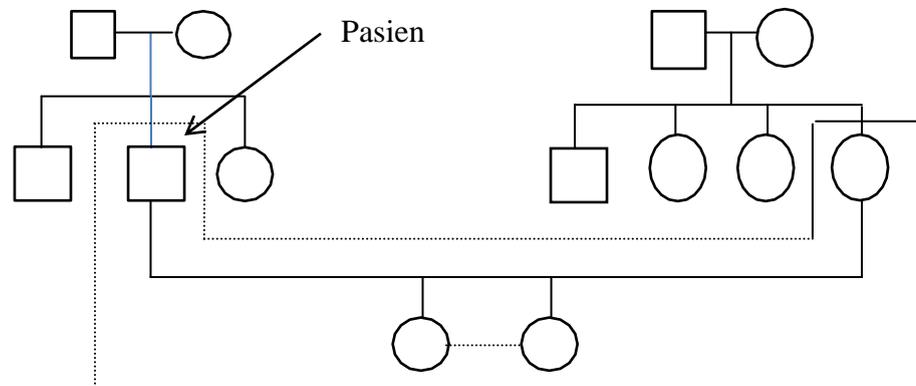
Post Operasi

Pasien mengatakan nyeri di bagian anus, nyeri seperti di tekan- tekan, skala nyeri 7.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan pernah mengalami kecelakaan pada tahun 2004. Riwayat Diabetes Melitus, Hipertensi disangkal.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan:



= Perempuan



= Laki-laki



= Menikah



= Tinggal Satu Rumah



= Meninggal



= Pasien

d. Penyakit yang Pernah Diderita oleh Anggota Keluarga Yang menjadi Faktor Risiko

Pasien mengatakan tidak ada faktor penyakit keluarga yang menjadi faktor risiko

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah istri. Pola komunikasi dalam keluarga dua arah, baik dan terbuka. Pasien mengatakan dalam membuat keputusan dilakukan secara musyawarah

f. Pola Kebiasaan

1) Pola nutrisi

Pre Operasi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, makanan yang tidak disukai adalah bubur, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada, suka makan semua jenis makanan terlebih *junkfood* dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Post Operasi

Saat pengkajian pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, tidak ada mual muntah, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, makanan yang tidak disukai adalah bubur, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada, suka makan semua jenis makanan terlebih junkfood dan tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Pre Operasi

Sebelum sakit/di rumah sakit BAK: pasien mengatakan frekuensi ± 4 x/hari, berwarna kuning keruh, dan tidak menggunakan alat bantu BAK. BAB: pasien mengatakan frekuensi 1 x/hari dan tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, pasien mengatakan pada saat BAB merasakan nyeri sudah satu minggu, dan sudah 2 hari masih tidak bisa BAB pasien menggunakan obat pencahar.

Post Operasi

Pasien masih belum dapat Buang air besar. BAK : pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien terpasang kateter urine.

3) Pola Personal Hygiene

Pre Operasi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2 x/hari pada pagi dan sore. *Oral hygiene* 2 x/hari pada pagi dan malam. Mencuci rambut setiap hari.

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mandi. *Oral hygiene* 1 x/hari sebelum tidur. Mencuci rambut pagi hari

Post Operasi

Pasien mengatakan belum sikat gigi dan mandi hanya di lap saja

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pre Operasi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur siang ½ jam, lama tidur malam 6-7 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah main handphone. Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang 30 menit, lama tidur malam 6-7 jam, ada kebiasaan sebelum tidur ialah main handphone

Post Operasi

Pasien mengatakan setelah operasi belum tidur

5) Kebiasaan Aktivitas dan Latihan

Pre Operasi

Sebelum sakit pasien mengatakan waktu bekerja pada pagi hari samapi sore dan bekerja dikantor, pasien mengatakan selama bekerja pasien duduk hampir seharian.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bekerja, pasien mengatakan tidak olahraga dan terdapat keluhan dalam beraktivitas ialah nyeri jika berjalan dan duduk.

Post Operasi

Pasien mengatakan tidak ada aktivitas selama di rumah sakit, hanya banyak istirahat diatas kasur.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

Pasien pengkajian pasien mengatakan tidak merokok, pasien tidak minum-minuman keras, serta tidak menggunakan NAPZA.

7) Sistem nilai kepercayaan

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Keluarga pasien mengatakan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan berdoa dan ke gereja.

8) Kondisi Lingkungan Rumah

Keluarga pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah bersih.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Pre Operasi

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB): 62 kg, BB saat ini: 60 kg, tinggi badan (TB): 162 cm, indeks massa tubuh (IMT): 18,5 (berat badan normal) keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis E: 4, M: 6, V: 5 tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Post Operasi

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS E: 4, M: 6, V: 5.

b. Sistem Penglihatan

Pre Operasi

Posisi mata pasien tampak simteris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak

baik, tidak ada tanda-tanda radang, menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan diameter pupil 2/2 dan respon cahaya positif.

Post Operasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah di indera penglihatannya, diameter pupil 2/2 dan respon cahaya positif.

c. Sistem Pendengaran

Pre Operasi

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, tidak ada cairan keluar dari telinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada penggunaan alat bantu dengar

Post Operasi

Pasien mengatakan tidak ada gangguan di indera pendengaran dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

d. Sistem Pernapasan

Pre Operasi

Jalan nafas bersih, pasien tidak sesak, tidak ada otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 18 x/menit, irama nafas teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal. Pasien tidak batuk, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas.

Post-Operasi

Jalan nafas bersih, pasien tidak sesak, tidak ada otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 19 x/menit, irama nafas teratur, jenis pernafasan spontan dan dangkal. Pasien tidak batuk, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas.

e. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Pre Operasi

Frekuensi nadi pasien 87 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD 130/80 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, pengisian kapiler < 3 detik, dan tidak ada edema.

Post Operasi

Frekuensi nadi 78x/menit, irama teratur, tekanan darah 110/70 mmHg, tidak ada edema, pengisian kapiler <3 detik.

2) Sistem Hematologi

Pre Operasi

Tidak ada perdarahan

Post Operasi

darah pada tampon 10 cc.

3) Sistem syaraf pusat

Pre Operasi

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala, kesadaran pasien composmentis, dengan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 dengan nilai E: 4, M: 6, dan V:5. Tidak ada tanda- tanda peningkatan TIK, hasil pemeriksaan reflek fisiologis pasien normal, dan tidak ada refleks patologis.

Post Operasi

Pasien mengatakan tidak mengeluh sakit kepala dan pusing, tingkat kesadaran komposmentis GCS E: 4, M: 6, V:5, tidak ada gangguan di sistem persyarafan.

4) Sistem Pencernaan

Keadaan gigi pasien bersih, tidak ada caries, penggunaan gigi palsu tidak ada, lidah pasien bersih, salifa pasien ampak normal, pasien tidak

mengalami muntah, pasien tidak ada nyeri bagian perut, saat diauskultasi bising usus 12 kali per menit, pasien sulit bab. Hepar pasien tidak teraba saat dipalpasi, abdomen teraba lembek saat dipalpasi.

5) Sistem Endokrin

Pasien tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pada pasien tidak ada bau keton saat bernapas, tidak terdapat luka ganggren.

6) Sistem integumen

Pre-operasi

Saat pengkajian turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik.

Post Operasi

Turgor kulit elastis, temperatur kulit teraba hangat, kondisi kulit pemasangan infus baik.

7) Sistem musculoskeletal

Pre-operasi

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas, dan bawah 5.

Post-operasi

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam bergerak, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah 5.

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami kesulitan dalam bergerak

5 5 5 5	5 5 5 5
5 5 5 5	5 5 5 5

5. Data Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 03 Mei

MCH 32* (27-31) SGOT 112* (0-35) SGPT 201* (0-45)

Hasil Pemeriksaan anoskopi: Didapatkan hasil Hemoroid internal grade dua.

6. Penatalaksanaan

Terapi Farmakologis

- a. Terapi Cairan: Infus RL 1500 cc/24 jam
- b. Obat Oral:
- c. Obat Injeksi: dexketoplofen 3x50 mg per iv drip, Tamoliv 3x1 gr per iv drip, fentanyl 3x100 mg per iv drip

7. Data Fokus

Keadaan umum sakit berat dengan kesadaran apatis. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 85 kali per menit, suhu 36,5°C, dan pernapasan 20 kali per menit.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi

Data Subjektif: Tidak ada keluhan pada kebutuhan oksigenasi.

Data Objektif: Tingkat kesadaran apatis, dengan nilai GCS: 12 E: 4, M: 5, dan V: 6, pernapasan 20 kali per menit.

b. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Pre Operasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan minum 1 liter, pasien mengatakan BAK lebih dari 3x /hari.

Data Objektif:

Intake	Output
- infus: 1400 cc	- Urin: 1500 cc
- Oral: 500 cc	- IWL: 600
Total: 1900 cc	<hr/> Balance cairan: 1900 – 1500: + 400

Post Operasi

Data subjektif:

Data Objektif:

Intake	Output
- infus: 1400 cc	- Urin: 1700 cc
- <u>Oral: 800 cc</u>	- IWL: 600
Total: 2200 cc	<hr/> Balance cairan: 2200 – 1700: + 500

c. Kebutuhan fisiologis: Nutrisi

Pre Operasi

Data subjektif: pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai. Pasien tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan dirumah.

Data Objektif: pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan berat badan pasien 60 kg dan tinggi 162 cm dan IMT pasien 18,5 (berat badan normal).

Post Operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan menghabiskan ½ porsi makan. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai

Data Objektif: pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makan, berat badan pasien 60 kg dan tinggi badan 162 cm dan IMT pasien 18,5 (berat badan normal).

d. Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi

Pre Operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan BAK lebih dari 3 x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak keluhan ketika BAK. Tidak menggunakan alat bantu BAK.

Data Objektif: Pasien tidak tampak terdapat distensi kandung kemih dan abdomen, bising usus

Post Operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan mengatakan minum 800 cc

Data Objektif: pasien terpasang kateter.

e. Kebutuhan Fisiologis Rasa Aman

Pre Operasi

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada anus

Data objektif: terdapat benjolan pada anus, suhu: 36,2°C

Post Operasi

Data subjektif: pasien mengatakan terpasang tampon pada anus nya

Data Objektif: TD: 140/90 mmHg, N: 104 x/menit, RR: 18 x/menit, S: 36,9°C, bekas luka insisi pada anus, pasien terpasang tampon, darah yang tertampung 10.

f. Kebutuhan Fisiologis Rasa Nyaman

Pre Operasi

Data subjektif: pasien mengatakan P: Pasien mengatakan nyeri daerah anus, Q: Nyeri seperti ditekan, R: Pasien mengatakan nyeri pada anus, S: Skala nyeri 8, T: Nyeri muncul pada saat berjalan, duduk dan buang air besar pasien mengatakan tidak nyaman dalam beraktivitas.

Data Objektif: Pasien tampak meringgis, TTV TD: 135/86 mmHg, S: 36,2°C, N: 98 x/menit, RR: 19 x/ menit

Post Operasi

Data subjektif: P: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi, Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi di area anus, S: Skala nyeri 7, T: pasien mengatakan nyeri terus menerus

Data Objektif: pasien tampak meringgis, TD: 140/90 mmHg, N: 104 x/menit, RR: 18 x/menit, S: 36,9°C.

g. Kebutuhan Aktivitas

Pre Operasi

Data Subjektif : pasien mengatakan aktivitas terganggu karena nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan tidak nyaman dan merasa nyeri pada saat duduk, berjalan dan buang air besar

Data Objektif : pasien tampak tidak nyaman saat beraktivitas

Post Operasi

Data Subjektif : pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun.

Data Objektif : pasien tampak bedrest, pasien tampak tidak nyaman karena nyeri pada luka operasi.

h. Kebutuhan Fisiologis Psikologis

Pre Operasi

Data Subjektif : Pasien mengatakan takut terkait rencana operasi

Data Objektif: TD: 135/86 mmhg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit, wajah pasien tampak cemas

8. Analisa Data Pre Operasi

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri sejak satu minggu yang lalu 2. P : Pasien mengatakan nyeri daerah anus Q : Nyeri seperti ditekan R : Pasien mengatakan nyeri pada anus S : Skala nyeri 8 T : Nyeri muncul pada saat berjalan, duduk dan buang air besar Pasien mengatakan tidak nyaman dalam beraktivitas <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. TTV TD : 135/86 mmHg S : 36,2°C N : 98 x/menit RR : 19 x/ menit 3. Hasil Pemeriksaan anoskopi: Hemoroid internal grade dua 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (fisiologis)

No.	Data	Masalah	Etiologi
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>1 Pasien mengatakan takut terkait rencana operasi</p> <p>Data Objektif:</p> <p>1. TTV</p> <p>TD : 135/86 mmHg</p> <p>N : 98 x/menit</p> <p>RR : 19 x/menit</p> <p>Wajah pasien tampak cemas</p>	Ansietas	Rencana Operasi

9. Analisa Data Post Operasi

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Tampak meringgis 2. P: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi <p>Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi di area anus</p> <p>S: Skala nyeri 7</p> <p>T: pasien mengatakan nyeri terus menerus</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringgis - TD : 140/90 mmHg - N : 104 x/menit - RR : 18 x/menit - S : 36,9°C 	Nyeri akut	Efek Prosedur Invasif
2.	<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekas luka insisi pada anus 2. Pasien terpasang tampon pada daerah anus 3. Darah yang tertampung 10 cc 	Risiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan

B. Diagnosa Keperawatan

Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan (Rencana Operasi)

Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi
2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis

Data subjektif:

Pasien mengatakan P: Pasien mengatakan nyeri daerah anus, Q: Nyeri seperti ditekan, R: Pasien mengatakan nyeri pada anus, S: Skala nyeri 8, T: Nyeri muncul pada saat berjalan, duduk dan buang air besar.

Data Objektif:

Pasien tampak meringis kesakitan, tekanan darah : 135/86 mmHg x/menit, nadi : 98 x/menit, frekuensi pernafasan : 19 x/menit, Hasil Pemeriksaan anoskopi: Hemoroid internal grade dua.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria Hasil: skala nyeri berkurang (0-3), TD normal (sistole 120/90 diastole 90/60- mmHg), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100 x/menit), frekuensi pernafasan dalam batas normal (12-20 x/menit), nyeri pasien hilang dengan skala 0 dan wajah tampak rileks.

Rencana Tindakan:

- 1) Kaji tanda-tanda vital TTV (Tekanan darah, nadi)
- 2) Kaji skala nyeri
- 3) Berikan posisi nyaman (semi fowler)
- 4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pada pukul 17.00 WIB Sperawat mengukur TTV dengan hasil TD : 135/86 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 18 x/menit. Pada pukul 17.15 mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil : P : nyeri pada anus, Q : Nyeri seperti ditekan, R : pada anus, S : Skala nyeri 8, T : Terus-menerus. Perawat Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (pasien tampak mengikuti anjuran perawat, pasien tampak belum bisa rileks dan nyaman).

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 07.00

Subjektif: P: nyeri pada anus, Q: Nyeri seperti ditekan, R: pada anus, S: skala nyeri 8, T: Terus-menerus.

Objektif : TD : 135/86 mmHg, N : 98 x/menit, RR : 18 x/menit, Pasien tampak meringis, pasien tampak belum bisa rileks dan nyaman saat diajarkan relaksasi nafas dalam

Analisa: masalah belum teratas, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

Data Subjektif: Pasien mengatakan cemas terkait rencana operasi

Data Objektif : frekuensi pernafasan : 19 x/menit, nadi : 98 x/menit, pasien.

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam ansietas berkurang hingga hilang.

Kriteria hasil : Nadi tetap dalam batas normal (60-100 x/menit), wajah pasien rileks

Rencana tindakan

- 1) Monitor tekanan darah, nadi, frekuensi
- 2) Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi
- 3) Berikan posisi nyaman (semi fowler)
- 4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri

Penatalaksanaan keperawatan Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 17.10 WIB perawat memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak mengikuti, pasien masih belum rileks dan masih cemas.

Pada Pukul 17.20 WIB menjelaskan tentang prosedur waktu dan lamanya operasi dengan hasil pasien memahami tentang prosedur yang akan dilakukan, waktu dan lama nya operasi

Evaluasi Keperawatan Tanggal 04 Mei 2021

Subjektif : pasien masih cemas dan belum rileks, pasien memahami mengenai informasi yang dijelaskan

Objektif : Pasien masih tampak cemas

Analisa : masalah belum teratas, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Post Operasi

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Operasi

Data Objektif : Pasien Tampak meringis, P: Pasien mengatakan nyeri bekas operasi, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri bekas operasi di area anus, S: Skala nyeri 7, T: nyeri terus menerus

Data Subjektif : pasien tampak meringis, tekanan darah : 140/90 mmhg, Nadi : 104 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, Suhu : 36,9°C

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang hingga hilang.

Kriteria Hasil : pasien tidak nyeri, skala nyeri 0-3, TD normal (sistole 120/90 diastole 90/60- mmHg), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100 x/menit), frekuensi pernafasan dalam batas normal (12-20 x/menit).

Rencana Tindakan :

- 1) Monitor TD, N, RR pasien setiap shift.
- 2) Kaji nyeri pasien (PQRST) setiap shift.
- 3) Berikan posisi semi fowler 30-45°.

- 4) Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam setiap merasakan nyeri
- 5) Berikan obat Dexketoprofen 3x50 mg melalui Iv drip dan ventanyl 3x100 mg melalui Iv drip, tamoliv 3x1 gr per iv
- 6) Kolaborasi rendam duduk setelah tamfon diangkat

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 09.50 WIB menerima pasien dari ok, dengan post hemoroidektomi.

Pada pukul 10.00 WIB perawat mengukur TD : 140/88 mmHg, N : 102 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit.

Pada pukul 10.30 WIB mengecek keadaan pasien dengan hasil kesadaran compos mentis, nadi kuat dan akral teraba hangat.

Pada pukul 13.00 WIB memberikan obat decketoprofen 50 mg.

Pada Pukul 15.40 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien ampak mengikutinya dan lebih rileks.

Pada pukul 18.00 WIB memberikan obat dexketoprofen 50 mg, ventanyl 100 melalui iv drip dan tamoliv 1 gr per iv.

Pada pukul 21.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (pasien tampak mengikuti, pasien belum rileks)

Pukul 22.00 WIB Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P : pasien mengatakan nyeri pada anus Q : nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 6, T : nyeri terus menerus.

Pada pukul 01.00 WIB memberikan obat memberikan obat dexketoprofen 50 mg melalui iv drip.

Pada Pukul 06.00 WIB memberikan obat memberikan obat dexketoprofen 50 mg, ventanyl 100 melalui iv drip dan tamoliv 1 gr per iv dengan hasil obat berhasil diberikan. Pada pukul 07.00 mengukur TTV dengan hasil TD :135/92 mmHg 97 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, suhu : 37,2°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 05 Mei 2021

Subjektif : P : pasien mengatakan nyeri pada anus Q : nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 6, T : nyeri terus menerus

Objektif : kesadaran compos mentis, nadi kuat dan akral teraba hangat, TD : 135/92 mmHg, N : 97 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, suhu : 37,2°C.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 10.00 WIB perawat mengukur TTV dengan hasil TD : 137/95 mmHg, N : 91 x/menit, frekuensi pernafasan : 17 x/menit, Suhu : 37,2°C.

Pada pukul 10.15 WIB mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil P : pasien mengatakan nyeri pada anus Q : nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 5, T : nyeri hilang timbul.

Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat dexketoprofen 50 mg dan ventanyl 100 melalui iv drip dan amoliv 1 gr per iv dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pada pukul 15.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien tampak lebih rileks dan nyaman.

Pada pukul 16.00 WIB memberikan rendam duduk dengan hasil.

Pada pukul 18.00 WIB memberikan obat dexketoprofen 50 mg, ventanyl 100 melalui iv drip dan tamoliv 1 gr per iv dengan hasil obat berhasil diberikan. Pada pukul 22.00 mengkaji keluhan nyeri pasien

dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri pada anus Q: nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul.

Pada pukul 22.15 WIB mengajarkan relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien tampak lebih rileks dan nyaman.

Pada pukul 06.00 WIB memberikan obat dexketoprofen 50 mg, ventanyl 100 melalui iv drip dan amoliv 1 gr per iv dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pada pukul 08.00 WIB mengukur TTV dengan hasil TD : 130/88 mmHg, N : 93x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, Suhu : 37,0°C.

Pada pukul 08.10 WIB melakukan rendam pk dengan hasil pasien tampak melakukannya.

Pada pukul 09.00 WIB memberikan posisi semi fowler

Evaluasi Keperawatan Pada Tanggal 06 Mei 2021

Subjektif : P : pasien mengatakan nyeri pada anus Q : nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul.

Objektif : TD : 130/88 mmHg, N : 93x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, Suhu : 37,0°C

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planing : semua intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

2. Risiko Perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Data Subjektif : -

Data Objektif : bekas luka insisi pada anus, pasien terpasang tampon, darah yang tertampung 10 cc

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi

Kriteria Hasil : perdarahan pada anus tidak ada, suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C), tekanan darah dalam batas normal (sistole 120/90 diastole 90/60- mmHg), nadi dalam batas normal 60-100 x/menit. Tidak ada tanda-tanda perdarahan

Rencana Tindakan:

- 1) Kaji tanda-tanda vital
- 2) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 3) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi serat

Pelaksanaan Keperawatan Tanggal 04 Mei 2021

Pada pukul 09.50 WIB menerima pasien dari ok, dengan post hemoroidektomi.

Pada pukul 12.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD : 140/84 mmHg, RR : 18 x/menit S : 37,4°C, N : 102 x/menit.

Pada pukul 18.00 WIB memonitor tanda dan gejala perdarahan dengan hasil pasien terpasang tampon, darah tertampung 10 cc.

Pada pukul 20.00 WIB menganjurkan pasien bedrest selama terpasang tampon dengan hasil pasien tampak bedrest dan tenang.

Pada pukul 06.00 WIB memonitor TTV dengan hasil TD :135/92 mmHg, 97 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, suhu : 37,3°C.

Evaluasi Keperawatan Tanggal 05 Mei 2021

Subjektif : pasien terpasang tampon pada daerah anus nya

Objektif : TD :135/92 mmHg 97 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, suhu : 37,3°C, pasien terpasang tampon, darah yang tertampung 10 cc.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Penatalaksanaan Keperawatan Tanggal 05 Mei 2021

Pada pukul 10.00 WIB perawat mengukur TTV dengan hasil TD : 137/95 mmHg, N : 91 x/menit, frekuensi pernafasan : 17 x/menit, Suhu : 37,2°C.

Pada pukul 11.00 WIB perawat melepas tampon.

Pada pukul 14.00 WIB mengobservasi tanda-gejala perdarahan dengan hasil tampon sudah diangkat, tidak ada perdarahan.

Pada pukul 18.00 WIB mempertahankan pasien untuk tetap bedrest dengan hasil pasien tampak bedrest.

Pada pukul 21.30 WIB memonitor TTV dengan hasil TD : 130/ 80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, RR : 16 x/menit.

Pada pukul 07.00 WIB mengannjurkan pasien meningkatkan asupan tinggi serat dengan hasil pasien mengikuti anjuran

Evaluasi Keperawatan Tanggal 06 Mei 2021

Subjektif : Pasien mengatakan tampon sudah tidak ada.

Objektif : TD : 130/ 80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, RR : 16 x/menit tampon sudah dilepas, tidak ada tanda-tanda perdarahan.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

BAB IV PEMBAHASAN

Bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis terhadap Tn. W dengan Pre dan Post Hemoroidektomi di ruang Anyelir rumah sakit swasta Jati Asih. Setelah penulis membaca beberapa literatur dan membandingkan dengan kasus yang ditemukan di rumah sakit, penulis melihat adanya kesenjangan dan kesesuaian antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

A. Pengkajian Keperawatan

Terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dan kasus dalam tanda dan gejala:

Menurut (Mulyanti, 2013) manifestasi klinik pada hemoroid, yaitu: dapat terjadi anemeia bila hemoroid mengalami pendarahan kronis. Namun pada kasus ditemukan nilai Hb pada Tn. W adalah 16 g/dl dalam batas normal. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa Hemoroid yang terjadi pada Tn. W tidak ditemukan anemia karena tidak terjadi perdarahan kronis.

Tanda gejala yang didapatkan pola eliminasi menurut nurarif A.H & Kusuma, 2015) terjadi diare kronik. Namun pada kasus ditemukan Tn. W konstipasi pada pre operasi karena hemoroid membuat feses untuk sulit dikeluarkan nyeri sehingga pasien lebih memilih untuk menahan BAB saja, sehingga terjadi konstipasi.

Komplikasi hemoroid menurut (Mulyanti, 2013) terjadi perdarahan dan syok hipovolemik. Namun pada kasus Tn. W tidak ada perdarahan dan syok hipovolemik karena hemoroid pada Tn.W masuk kedalam grade 2 internal sehingga belum terjadi komplikasi.

Penatalaksanaan pembedahan menurut (Sarana, 2019) HAL-RAR

(*Haemorrhoidal Artery Ligation, Recto Anal Repair*), metode ini dilakukan dengan meligasi pembuluh darah yang mensupply hemoroid. Dengan dilakukan ligasi pembuluh darah maka hemoroid akan kollaps.

Namun pada kasus Tn. W dilakukan tindakan stapler hemoroid untuk menarik mukosa hemoroid dan dipotong serta dijahit dengan bantuan alat stapler.

Pemeriksaan diagnostik menurut (Sarana,2019) yang dapat dilakukan adalah tindakan colok dubur untuk meraba hemoroid eksterna, Namun pada kasus Tn. W tidak dilakukan karena hemoroid Tn.W masuk kedalam hemoroid grade 2 internal superior sehingga membutuhkan pemeriksaan anoskopi untuk masuk kedalam anus dengan tekanan vena yang tinggi.

Faktor pendukung mendapatkan dukungan yang baik dari pembimbing rumah sakit, dan pasien yang sangat kooperatif dan terbuka memberikan informasi berdasarkan keluhan tentang penyakit yang dialami pasien saat ini dan telah bersedia meluangkan waktu untuk melakukan pengkajian.

Tidak ada faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada saat pengkajian tidak ada tanda-gejala infeksi, suhu dalam batas normal, suhu pre operasi : 36,2° C, post operasi 36,4°C, leukosit dalam batas normal : 8.600 /ul pre operasi.
2. Konstipasi berhubungan dengan efek agen farmakologis. Diagnosa tersebut tidak diangkat pada saat pengkajian karena pada kasus pasien tidak terdapat kesulitan dalam buang air besar setelah operasi. Setelah operasi pasien diberikan obat pencahar, untuk mencegah terjadinya perdarahan pada saat defekasi.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa ialah adanya sumber pustaka atau literatur referensi, serta pasien dan keluarga yang kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa.

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak didapatkannya faktor penghambat, dikarenakan adanya sumber pustaka atau referensi yang dapat dijadikan pedoman oleh penulis dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

1. Risiko Perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Monitor nilai hemoglobin, hematokrit. Penulis tidak merencanakan ini karena hasil hemoglobin, hematokrit pasien dalam batas normal dengan hasil hemoglobin: 16 g/dl, dan hematokrit 45% pada pre operasi.

Faktor pendukung dalam menyusun intervensi adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk Menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Tidak ada faktor penghambat dalam Menyusun perencanaan keperawatan

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien, baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dilaksanakan tanggal 03 sampai 05 Mei 2021.

Faktor pendukung yaitu pelaksanaan keperawatan dilakukan berjalan dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah sangat terbatas untuk melakukan implementasi keperawatan dikarenakan ruang rawat inap pasien kelas satu, sehingga terbatas untuk melakukan implementasi sesuai intervensi yang direncanakan dan keterbatasan waktu sehingga penulis tidak bisa melaksanakan selama 24 jam, sehingga intervensi keperawatan di delegasikan kepada perawat ruangan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan..

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah pasien teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan P : pasien mengatakan nyeri pada anus Q : nyeri seperti ditekan, R : nyeri bekas operasi di pada anus, S: pasien mengatakan skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul. TD : 130/88 mmHg, N : 93x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit, Suhu : 37,0°C. Semua intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah pasien teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan tampon sudah tidak ada, TD : 130/ 80 mmHg, S : 36,6°C, N : 89 x/menit, RR : 16 x/menit. Semua intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

Faktor pendukung adanya sikap terbuka dan kooperatif dari pasien kepada penulis serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Faktor yang menghambat adanya keterbatasan waktu sehingga penulis tidak bisa melaksanakan selama 24jam, dikarenakan penulis bekerja secara shift. Solusinya penulis mendelegasikannya kepada perawat ruangan, sehingga penulis dapat melihat dan mencatat evaluasi keseluruhan.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan hemoroid disebabkan kurangnya mengkonsumsi makanan tinggi serat, mengejan terlalu kuat, duduk terlalu lama, sehingga menyebabkan terjadinya pelebaran pada anus atau munculnya benjolan pada anus. Data yang dapat ditemukan pada pasien hemoroid saat pengkajian adalah nyeri baik karena benjolan pada anus maupun luka insisi setelah operasi.

Diagnosa keperawatan prioritas yang muncul pada pasien adalah Nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif. Diagnosa tersebut diangkat menjadi prioritas karena pada saat pengkajian hasil pengkajian tingkat nyeri pasien (PQRST) nyeri berat dengan skala.

Rencana yang perlu diperhatikan pada pasien dengan Hemoroid yaitu, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), kaji tingkat nyeri, berikan terapi relaksasi nafas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik untuk mengatasi rasa nyeri pada pasien.

Pelaksanaan perawat yang perlu ditekankan pada pasien dengan hemoroid yaitu mengatasi rasa nyeri. Tindakan yang dilakukan yaitu memberikan terapi relaksasi nafas dalam.

Evaluasi dilakukan pada akhir proses implementasi dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan selama implementasi. Evaluasi yang perlu ditekankan yaitu Nyeri teratasi.

B. Saran

Pada dasarnya saran yang ingin penulis sampaikan yaitu untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoroid. Adapun pemberian saran ditujukan kepada:

1. Penulis

Memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta diharapkan dapat memperbanyak mencari literatur serta referensi buku terbaru yang berkaitan dengan asuhan keperawatan medikal bedah khususnya penyakit hemoroid, sehingga dapat mempermudah penulis dalam memahami tentang kasus kelolaan pada pasien dengan hemoroid.

2. Perawat

Mendokumentasikan hasil tindakan yang sudah dilakukan dengan tulisan yang dapat dipahami oleh tenaga kesehatan lain agar tidak terjadi kesalahan dalam membaca hasil tindakan yang sudah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Eka, M. (2019). *pemberian asuhan keperawatan secara holistik pada pasien post operasi kanker payudara*. 191–203.
- Harmin sarana. (2019). *Tips atasi wasir metode terkini* (maria herjani budi sutedjo (ed.)).
- Mulyanti, S. & D. (2013). *Asuhan keperawatan gangguan anorectal hemoroid. Dalam P. M. Group, keperawatan medikal bedah sistem pencernaan*.
- Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2015). *Hemoroid dala m B. O. Yudha, aplikasi keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan Nanda NIC NOC* (2nd ed.).
- Potter Pery. (2010). *Fundamental Keperawatan Edisi 01*. EGC.
- PPNI. (2016). *standar diagnosa keperawatan indonesia* (1st ed.).
- PPNI. (2018). *standar keperawatan intervensi indonesia* (1st ed.).
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. Laporan Nasional Riskesdas 2018, https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf

LAMPIRAN

Patoflowdiagram Hemoroid

