

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN NYERI AKUT  
POST OPERASI HEMOROID DI RUANG ZAAL BEDAH  
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M. HASAN  
PALEMBANG TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**REVIYOLA**

**144012027021**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG  
TAHUN 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.P DENGAN NYERI AKUT  
POST OPERASI HEMOROID DI RUANG ZAAL BEDAH  
DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M. HASAN  
PALEMBANG TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

*Disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar  
Ahli madya keperawatan (A.Md.Kep)*

**REVIYOLA  
144012027021**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG  
TAHUN 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P DENGAN NYERI AKUT PADA  
POST OPERASI HEMOROID DI RUANG ZAAL BEDAH RUMAH SAKIT  
BHAYANGKARA M. HASAN PALEMBANG TAHUN 2023**

(XVI + 62 Halaman + 1 Tabel + 2 Gambar + 8 Lampiran)

**REVIYOLA**

**144012027021**

**KARYA TULIS ILMIAH (JUNI, 2023)**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SITI KHADIJAH PALEMBANG**

**Dosen Pembimbing : 1. Ns. Adi Saputra, S. Kep., M. Kes.**

**2. Ns. Dessy Suswitha, S. Kep., M. Kes.**

**ABSTRAK**

Post Operasi Hemoroid merupakan tindakan hemoroid untuk mengatasi terjadinya peningkatan tekanan di pembuluh darah didaerah anorektal sehingga menyebabkan nyeri akut. Tujuan studi kasus ini mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Nyeri Akut Pada Post Operasi Hemoroid Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang 2023. Metode studi kasus ini menggunakan metode deskriptif. Studi kasus ini dilakukan Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhyangkara M.Hasan Palembang tanggal 18-20 Mei 2023. Hasil pengkajian yang didapatkan, keluhan utama Tn.P yaitu nyeri pada luka post operasi dibagian anus, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 6. Sehingga masalah keperawatan didapatkan adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Operasi. Intervensi yang disusun yaitu manajemen nyeri diantaranya kaji tanda-tanda vital, kaji karakteristik nyeri (PQRST), atur posisi klien semi flowler/supine, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, edukasi pemberian kompres dingin (discharge planning) dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun sehingga pada evaluasi keperawatan didapatkan skala nyeri 2, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik dengan hasil 80x/menit. . Saran bagi masyarakat diharapkan dijadikan sebagai salah satu tambahan informasi bagi masyarakat bagaimana cara merawat keluarga setelah Post Operasi Hemoroid serta pemicu terjadinya Nyeri Akut dengan kasus Post Operasi Hemoroid.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Post Operasi Hemoroid, Nyeri Akut.**

**Daftar Pustaka : 25 (2012-2023)**

**NURSING CARE OF Mr. P WITH ACUTE PAIN PROBLEMS IN POSTOPERATIVE HEMORRHOIDS IN THE SURGICAL ROOM BHAYANGKARA M. HASAN HOSPITAL PALEMBANG IN 2023 PALEMBANG IN 2023**

(xvi + 62 Pages + 1 Figures + 2 Tables + 8 Appendices)

**REVIYOLA**  
**144012027021**  
**SCIENTIFIC WRITING (JUNE, 2023)**

**DIPLOMA III NURSING STUDY PROGRAM**  
**SITI KHADIJAH HEALTH SCHOOL, PALEMBANG**

**Supervisors: 1. Ns. Adi Saputra, S. Kep., M.Kes**  
**2. Ns. Dessy Suswitha, S. Kep., M.Kes**

**ABSTRACT**

Hemorrhoids are hemorrhoids measures to overcome the increased pressure in the blood vessels in the anorectal area, causing acute pain. The purpose of this case study is to be able to carry out Nursing Care to Mr. P with Acute Pain in Post Hemorrhoid Surgery at Bhayangkara M. Hasan Hospital Palembang 2023. This type of research used descriptive research with a case study design method. This case study was conducted at the Bhyangkara M. Hasan Hospital Palembang on 18-20 May 2023. From the results of the study, it was found that the main complaint was Mr. P. the pain feels like being stabbed, with a scale of 6. So, the acquisition problem is Acute Pain related to Surgical Procedures. The interventions prepared are pain management, namely assessing vital signs, assessing pain characteristics (PQRST), adjusting the semi-flowler/recumbent client position, deep breathing relaxation techniques, education on cold compresses (discharge planning) and collaboration with the medical team in drug administration analgesic. The implementation was carried out for 3x24 hours in accordance with the licensing intervention that had been prepared so that the evaluation found complaints of decreased pain, decreased grimacing, decreased anxiety, improved pulse frequency. Suggestions For future writers, it is expected that more sources such as related theories and research can be obtained to obtain comparisons and relationships, so that these variables are developed in order to produce new theories and concepts.

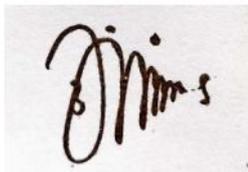
**Keywords : Nursing Care, Post-Operational, Acute Pain**  
**References : 25 (2012-2023)**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Reviyola NIM 144012027021 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.”P” Dengan Nyeri Akut Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Mohammad Hasan Palembang Tahun 2023” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Palembang, 12 Juni 2023

Pembimbing I



(Ns. Adi Saputra, S.Kep., M.Kes)

NIDN. 0213097901

Pembimbing II



(Ns. Dessy suswitha, S.Kep, M.Kes)

NIDN. 0211128401

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Oleh oleh Reviyola NIM 144012027021 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.”P” Dengan Nyeri Akut Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Mohammad Hasan Palembang Tahun 2023” Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 12 Juni 2023.

### Dewan Penguji

Ns. Adi Saputra, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0213097901

Peguji Ketua

(  )

Ns. Dessy suswitha, S.Kep. M.Kes  
NIDN. 0211128401

Penguji I

(  )

Ns. Mardiah, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0227067601

Penguji II

(  )

Mengetahui  
Ketua Prodi DIII Keperawatan



### **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reviyola

Nim : 144012027021

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khodijah Palembang

Menyatakan bahwa sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian bukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Palembang, 18 mei 2023



Reviyola

NIM 144012027021

### BIOGRAFI

Nama : Reviyola  
Tempat, tanggal lahir : Lubuk dalam 21 desember 2000  
Agama : Islam  
Alamat : Lubuk dalam kec lengkiti kab oku  
Riwayat pendidikan :

1. SD Negeri 86 Lubuk Dalam Baturaja : (2006 - 2012)
2. SMP Negeri 16 Oku Tanjung Lengkayap : (2012 - 2015)
3. SMA Negeri 10 Oku Tanjung Lengkayap : (2015 - 2018)
4. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Siti Khadijah Palembang  
Tingkat I : Tahun 2020-2021  
Tingkat II : Tahun 2021-2022  
Tingkat III : Tahun 2022=2023

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **Motto:**

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila kamu telah selesai, kerjakanlah dengan sungguh-sungguh.

### **Persembahan:**

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-nya, saya dapat menyelesaikan, Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Karya sederhana ini saya persembahkan untuk:

1. Untuk Kedua orang tua ku, ayah Tohirin dan ibu Darmawati terimakasih atas dukungan, motivasi, semangat, doa, dan segala nasihatnya.
2. Untuk ayukku Desti yaed nanda dan adikku Rado firnando yang selalu mendukungku dalam kondisi apapun dan jadilah hal yang membanggakan orang tua kita sehingga mereka bisa tersenyum bangga saat melihat kita kelak.
3. Pembimbing KTI-ku bapak ns. Adi Saputra S.Kep., M.kes selaku pembimbing I dan Ns. Dessy Suswitha S.Kep., M.kes selaku pembimbing II terima kasih banyak atas bimbingan dan pembelajaran yang diberikan untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan penuh kesabaran.
4. Teman- teman seperjuangan prodi DIII keperawatan stik siti Khadijah Palembang, terimakasih waktu dan moment yang tak terlupakan.
5. Untuk almamaterku tercinta, terima kasih semoga ilmu yang ku dapatkan berguna kedepannya nanti aminn.

## **KATA PENGANTAR**

*Assalamualaikum, Wr. Wb*

Alhamdulillah segala puji syukur bagi Allah SWT karena atas berkat rahmat, ridho dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.P dengan Masalah Kepewatan Post Op Hemoroid di Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang tahun 2023” ini sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

Dalam Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis sangat menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dan kesalahan pada Karya Tulis Ilmiah ini yang dikarenakan keterbatasan ilmu pengetahuan, pengalaman serta kekhilafan yang penulis miliki. Maka dari itu, dengan ikhlas penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat mendidik dan membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah dimasa yang akan datang.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada orang tua serta saudara yang telah memberi dukungan baik moril maupun materi. Selain itu penulis menyadari banyak bantuan, bimbingan

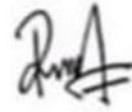
serta saran dari berbagai pihak. Sehubungan dengan hal tersebut penulis banyak mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Bapak dr. Syahrizal, M.Kes selaku ketua STIK Siti Khadijah Palembang
2. Ibu Ns. Mardiah, S.Kep, M.Kes selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang
3. Bapak AKBP Dr. Wahono Edhi Prastowo, Sp.PD FINASIM selaku kepala Rumah Sakit Bhayangkara M. hasan Palembang. Sebagai tempat penelitian Karya Tulis Ilmiah.
4. Bapak Ns. Adi Saputra, S.Kep M. Kes selaku pembimbing 1 yang telah berkorban waktu, tenaga dan juga pikiran untuk membimbing serta mengarahkan penulis agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat dibuat dengan baik.
5. Ibu Ns. Dessy Suswitha, S.Kep M. Kes selaku pembimbing 2 yang telah menyempatkan waktunya untuk membimbing.
6. Semua Dosen dan Staf pengajar Program Studi Diploma III Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang.
7. Rekan-Rekan mahasiswa yang telah memberikan bantuan.

Semoga Allah SWT membalas dan melimpahkan Rahmat, Ridho serta Hidayahnya dan menjadikan sebagai amal jariah. Akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pendidikan dan ilmu kesehatan lingkungan serta bagi semua yang membacanya.

Palembang, 18 maret 2023

Penulis



Reviyola

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN DEPAN</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>BIOGRAFI</b> .....	<b>vii</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Studi Kasus .....	5
1.4.1 Bagi Masyarakat .....	5
1.4.2 Bagi Pengembangan Ilmu Dan Ternologi Keperawatan.....	5
1.4.3 Bagi Peneliti .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1 Konsep penyakit.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Anatomi fisiologi .....	7
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	12
2.1.5 Patofisiologi .....	12
2.1.6 Komplikasi .....	13

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	14
2.1.8 Penatalaksanaan .....	15
2.2 Asuhan Keperawatan Post Op Hemoroid Secara Teoritis .....	16
2.2.1 Pengkajian.....	16
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	19
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	20
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	29
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29
2.3 Konsep Nyeri .....	31
2.3.1 Definisi Nyeri.....	31
2.3.2 Etiologi Nyeri.....	32
2.3.3 Klasifikasi Nyeri .....	32
2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri .....	33
2.4 Konsep Therapi Non Farmakologis .....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
3.1 Rancangan Studi Kasus.....	39
3.2 Subjek Studi Kasus .....	39
3.3 Fokus Studi .....	40
3.4 Definisi Operasional .....	40
3.5 Instrument Studi Kasus .....	41
3.6 Pengumpulan Data .....	41
3.6.1 Data primer .....	41
3.6.2 Data Sekunder .....	43
3.7 Lokasi dan Waktu .....	43
3.8 Penyajian Data .....	44
3.9 Etika Studi Kasus .....	44
3.9.1 Informed Consent .....	44
3.9.2 Anonymity .....	44
3.9.3 Confidentiality .....	45
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
4.1 Hasil Studi Kasus .....	46
4.1.1 Pengkajian.....	46
4.1.2 Diagnosis Keperawatan.....	48
4.1.3 Intervensi Keperawatan.....	48
4.1.4 Implementasi Keperawatan.....	49
4.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	51
4.2 Pembahasan .....	52
4.2.1 Pengkajiaan .....	52
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	53
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	55
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	56
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	57
4.3 Keterbatasan .....	59

<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>60</b>
5.1 Kesimpulan .....	60
5.2 Saran.....	61
5.2.1 Masyarakat .....	61
5.2.2 Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan.....	61
5.2.3 Peneliti Selanjutnya .....	61

**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 2.1</b> Intervensi Keperawatan.....	<b>21</b>
--	-----------

## DAFTAR GAMBAR

<b>Tabel 2.1</b> Gambar Anatomi Sistem Rektum.....	7
<b>Tabel 2.2</b> Fisiologi Sistem Rektum.....	7

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Lembar Pengajuan Judul

Lampiran 2 : Surat Permohonan Izin Penelitian

Lampiran 3: Surat Izin Penelitian

Lampiran 4 : Lembar Informasi Dan Pernyataan Persetujuan (*Informed consent*)

Lampiran 5 : Instrumen Studi Kasus

Lampiran 6 : Surat Pernyataan Selesai Proses Penelitian

Lampiran 7 : Bukti Proses Bimbingan

Lampiran 8 : Dokumentasi Studi Kasus

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Hemoroid adalah pembengkakan pembuluh darah vena di rektum bawah, mirip dengan varises. Peningkatan tekanan dipembuluh darah didaerah anorektal menyebabkan wasir. Tekanan ini dapat terjadi akibat kehamilan, sering mengangkat berat, atau menejan berulang saat buang air besar (misalnya karena konstipasi). Wasir dapat ditemukan didalam rektur (wasie internal) atau berkembang dibawah kulit di sekitar anus (wasir eksternal). Wasir eksternal terletak di bawah garis dentate ditutupi oleh epitel skuamosa, sedangkan wasir internal terletak diatas garis tentate dan dilapisi oleh mukos rektum. Wasir biasanya terjadi dikanan anterior, kanan posterior, dan zonalateral kiri. Gangguan ini bisa terjadi pada orang dewa dan anak-anak, (Kardiyudiani, 2019).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan jumlah hemoroid di asia tengara pada tahun 2019 mencapai 285 jiwa dan perkiraan meningkat menjadi 350 jiwa, pada tahun 2020 prevelensi hemoroid sekitar 5,9% (WHO, 2019).

Menurut data depkes tahun 2018, prevelensi hemoroid di Indonesia adalah 6,1%, namun hanya 1,2% saja yan terdiagnosa. Data dari kementerian kesehatan diperoleh dari jumlah dari rumah sakit di 33 provinsi terdapat 248 kasus hemoroid (Depkes RI, 2018).

Gejala utama yang sering timbul pada penderita hemoroid adalah perdarahan, nyeri, prolaps, bengkak, gatal, dan kotoran berlendir (Yamana,2018). Nyeri menjadi salah satu gejala pasien hemoroid akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh thrombosis (pembekuan darah dalam hemoroid) sehingga dapat menimbulkan iskemia dan nekrosis pada area tersebut (Jitowiyono & Kritiyanasari, 2012).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien Post Op hemoroid adalah Nyeri Akut, nyeri akut pada post operasi di sebabkan oleh adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan dari prosedur pembedahan yaitu luka (insisi), pada kerusakan integritas kulit disebabkan oleh adanya pembedahan dan luka bagian anus/rektal, dan ansietas disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga mengenal hemoroid dan dikit yang tepat untuk proses penyembuhan luka pada pasien post operasi hemoroid, (Sukurokhman dkk, 2018).

Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post op hemoroid yaitu Nyeri Akut. Sejalan dengan hasil studi Utami & Sakitri (2018). Tentang pemberian kopres dingin terhadap penurunan nyeri pada pasien post op hemoroidektomi yang menyatakan hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam masalah keperawatan nyeri teratasi dengan studi kasus menunjukkan bahwa tingkat nyeri pasien setelah dilakukan kompres dingin mengalami penurunan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Nur & Khasanah (2022) tentang implementasi relaksasi genggam jari dalam menurunkan tingkat nyeri akut

pada pasien dengan hemoroid menyantakan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keperawatan nyeri akut teratasi dengan memberikan relaksasi genggam jari.

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri pada penyakit hemoroid dapat dilakukan dengan teknik non-farmakologis yang dapat dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, yaitu dengan teknik napas dalam, berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan monitor status cairan, monitor tanda-tanda infeksi, Dengan napas dalam akan mengurangi ketegangan otot dan akan melancarkan peredaran darah, sehingga kebutuhan oksigen oleh jaringan akan terpenuhi dan dapat mengurangi rasa nyerinya (Sukurokhman dkk 2018).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus yang mengenai Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Tn.P dengan kasus post op hemoroid di ruang Zaal umum dirumah sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimana Gambaran asuhan keperawatan asuhan keperawatan Pada Tn.P dengan kasus Post Op Hemoroid di Ruangan Zaal Bedah Dirumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.

### **1.3 Tujuan Studi Kasus**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu Melakukan Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn,P dengan kasus Post Op Hemoroid di Ruang Zaal Bedah Dirumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. Mampu Melakukan Pengkajian pada Tn.P dengan Nyeri Akut pada kasus Post Op Hemoroid Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.
- b. Mampu menetapkan Diagnosis keperawatan pada Tn.P dengan Nyeri Akut pada kasus Post Op Hemoroid Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023
- c. Mampu menyusun Intervensi keperawatan pada Tn.P dengan Nyeri Akut pada kasus Post Op Hemoroid Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023
- d. Mampu melakukan Implementasi keperawatan pada Tn.P dengan Nyeri Akut pada kasus Post Op Hemoroid Di Ruang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023
- e. Mampu melakukan Evaluasi Keperawatan pada Tn.P dengan Nyeri Akut pada kasus Post Op Hemoroid Di Duang Zaal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023

## **1.4 Manfaat Studi Kasus**

### **1.4.1 Bagi Masyarakat**

Manfaat penelitian ini bagi masyarakat yaitu untuk menambah pengetahuan, keterampilan masyarakat tentang penyakit hemoroid.

### **1.4.2 Bagi Pengembangan Ilmu Dan Ternologi Keperawatan**

Manfaat dari hasil penelitian pendidikan keperawatan yaitu untuk menambah pengetahuan ilmu teknologi dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post op hemoroid.

### **1.4.3 Bagi Peneliti**

Untuk memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien post op hemoroid.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep penyakit**

##### **2.1.1 Definisi**

Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus hemoroidialis. Hemoroid eksterna adalah pelebaran vena yang berada di bawah kulit (subkutan) dibawah atau luar linea dentate. Hemoroid interna adalah pelebaran vena yang berada di bawah mukosa (submucosa) di atas didalam linea dentate (Nurarif, 2015).

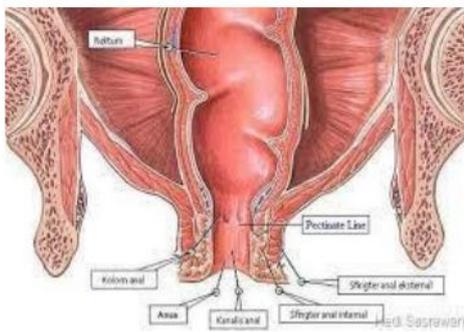
Hemoroid adalah pembengkakan pembuluh darah vena di rectum bawah, mirip dengan varises. Peningkatan tekanan di pembuluh darah di daerah anorectal menyebabkan wasir. Tekanan ini dapat terjadi akibat kehamilan, sering mengangkat berat, atau mengejan berulang saat buang air besar (misalnya karena konstipasi). Wasir dapat ditemukan didalam rectum (wasir internal). Wasir eksternal terletak di bawah garis dentate dan ditutupi oleh eitel submucosa, sedangkan wasir internal terletak di garis dentate dan dilapisi oleh mukosa rectum. Wasir biasanya terjadi di kanan anterior, kanan posterior, dan zona lateral kiri, gangguan ini bisa terjadi pada orang dewasa dan anak-anak (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Hemoroid adalah pembesaran vena (varises) dari pleksus venosis hemoroidalis yang di tentukan pada anal kanal ( Sudarsono, 2015)

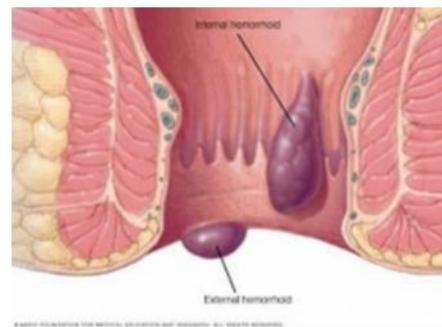
Dari beberapa pengertian diatas dapat di tarik kesimpulan, hemoroid adalah pembengkakan urat di anus dan rectum bawah, mirip dengan varises.

## 2.1.2 Anatomi fisiologi

### a. Anatomi Sistem Rektum



**Gambar : 2.1**



**Gambar : 2.2**

**Sumber : (Dehdari, 2018)**

### b. Fisiologi Sistem Rektum

Salah satu bagian utama usus besar yang terakhir disebut sebagai rectum dan membentang dari kolon sigmoid hingga usus. Satu inci terakhir dari rectum disebut sebagai kanalis ani dan dilindungi oleh otot sfingter anal eksternus dan internus. Panjang rectum dan kanalis adalah 15cm usus besar secara klinis di bagi menjadi belahan kiri dan kanan berdasarkan pada suplai darah yang diterima. Arteria mesenterika superior mendarahi belahan kanan (sekum, kolon asendens, dan dua pertiga proksimal rectum). Suplai darah tambahan ke rectum berasal dari arteria hemoroidalis media dan inferior yang divabangkan dari arteria iliaka interna dan aorta abdominalis.

Aliaran vena balik dari kolon dan rectum superior adalah melalui vena mesentrika inferior, vena hemoroidalis superior (bagian system portal yang mengalirkan darah ke hati). Vena hemoroidialis media dan inferior mengalirkan darah vena iliaka sehingga merupakan bagian sirkulasi siskemik.

a. Rectum atau Rektum

- 1) Rektum (rectum) adalah sebuah ruangan dengan panjang sekitar 12 sampai 15cm yang berada di antara ujung usus besar ( setelah kolon sigmoid/turun) dan berakhir di anus.
- 2) Fungsi rectum adalah menyimpan fases untuk sementara waktu, memberi tahu otak untuk segera buang air besar, dan membantu mendorong fases sewaktu buang air besar. Ketika rectum penuh oleh fases, maka rectum akan mengembang dan system saraf akan mengirim implus, (rangsangan) otak sehingga timbul keinginan untuk buang air besar.

b. Kolom Anal

- 1) Kolom anal (anal column) atau kolom Morgagni adalah sejumlah lipatan vertical yang di produksi oleh selaput lender dan jaringan otot di bagian atas anus. Fungsi kolom anal adalah sebagai pembatas dinding anus.

c. Anus

- 1) Anus adalah pembukaan yang dilewati oleh kotersn manusia saat kotoran tersebut meninggalkan tubuh.

d. Kanalis Anal

- a. Kanalis anal (anal canal) adalah saluran dengan panjang sekitar 4cm yang di kelilingi oleh sfingter anus. Bagian atasnya di lapisi oleh mukosa glandular rektal. Fungsi kanalis anal adalah sebagai penghubung antara rectum dan bagian luar tubuh sehingga feses bisa keluar.

e. Sfinger Anal internal

- 1) Sfinger anal eksternal adalah sebuah cincin otot lurik yang mengelilingi kanalis anal dengan 2,5 sampai 4cm. sfinger anal internal ini berkaitan dengan sfinger anal eksternal meskipun letaknya cujung terpisah. Tebalnya sekitar 5cm. fungsi sfinger anal internal adalah untuk mengatur pengelusran feses saat buang air besar.

f. Sfinger Anal eksternal

- 1) Sfinger anal eksternal adalah serat otot lurik berbentuk elips dan melekat pada bagian dinding anus. Panjangnya sekitar 8 sampai 10cm. fungsi sfinger anal eksternal adalah membuka dan menutup kanalis anal.

g. Pectinate line

- 1) Pectinate line (terjemahan masih dipertanyakan) 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. Asal embriologinya juga berbeda bagian atas dari endoderm, sedangkan bagian bawah dari ecdoderm.

- 2) Aliran balik vena dari kolon dan rectum superior adalah melalui vena mesenterika superior, vena mesenterika inferior, dan vena hemoroidalis superior (bagian sistem portal yang mengalirkan darah ke hati). Vena hemodialis media dan inferior, sehingga tekanan portal yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya aliran balik ke dalam vena dan mengakibatkan hemoroid.

### **2.1.3 Etiologi**

Menurut Nuralif & Kusuma (2015) hemoroid timbul karena diatasi, pembengkakan atau implamasi vena hemoroidialis yang di sebabkan oleh factor-faktor resiko/pencetus, seperti : Mengedan pada bagian buang air besar yang sulit, Pola buang air besar yang salah ( lebih bnayak menggunakan jamban duduk terlalu lama duduk jamban sambil membaca, merokok ), Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor (tumor udud, tumor abdomen), Kehamilan (disebabkan tekanan jenis pada abdomen dan perubahan hormonal), Usia tua, Konstipasi kronik, Diare akut yang berlebihan dan diare kronik, Hubungan seks perianal, Kurang minum air dan kurang makan makanan berserat (sayur dan buah), Kurang olahraga/imobilisasi.

Klasifikasi dan derajat hemoroid berdasarkan gambar klinis hemoroid interna menurut Mardalena (2018) di bagi atas :

a. Derajat 1:

Terdapat perdarahan merah segar pada rectum pasca defekasi

- 1) Tanpa disertai rasa nyeri
- 2) Tidak terdapat prolapse
- 3) Pada pemeriksaan anoskopi terlihat permulaan dari benjolan hemoroid yang menonjol ke dalam lumen

b. Derajat 2:

- 1) Terdapat perdarahan/tanpa perdarahan sesudah defekasi
- 2) Terjadi prolaps hemoroid yang dapat masuk sendiri (reposisi spontan)

c. Derajat 3:

- 1) Terjadi prolapse hemoroid yang tidak dapat masuk sendiri jadi harus didorong dengan jari (reposisi manual)

d. Derajat 4:

- 1) Terdapat perdarahan sesudah defekasi
- 2) Terjadi prolaps hemoroid yang tidak dapat didorong masuk (meskipun sudah direposisi akan keluar lagi)

Secara anoskopi hemoroid dapat dibagi atas : Hemoroid eksterna (diluar/dibawah linea dentate), Hemoroid interna (didalam/diatas linea dentate).

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Nuralif (2015) tanda dan gejala hemoroid adalah

- a. Timbul rasa gatal dan nyeri
- b. Perdarahan berwarna merah terang saat defekasi
- c. Pembengkakan pada area anus
- d. Nekrosis pada area sekitar anus
- e. Perdarahan prolaps

Sedangkan menurut Smaltzer (2015) dikutip dalam Nurmadilah (2019). Hemoroid menyebabkan rasa gatal dan nyeri, dan sering menyebabkan perdarahan berwarna merah terang pada saat defekasi, hemoroid eksternal dihubungkan dengan nyeri hebat akibat implamasi dan edema yang di sebabkan oleh thrombosis. Thrombosis adalah pembekuan darah dalam hemoroid. Ini dapat menimbulkan iskemia pada area tersebut dan nekrosis. Hemoroid internal tidak selalu menimbulkan perdarahan atau prolapse.

#### **2.1.5 Patofisiologi**

Menurut nugroho (2011) dalam buku Mardalena (2018) hemoroid dapat disebabkan oleh tekanan abdominal yang mampu menekan vena hemoroidalis sehingga menyebabkan dilatasi pada vena. Dilatasi tersebut dapat dibagi menjadi dua yaitu, :

- a. Interna (dilatasi sebelum spingter)
  - 1) Bila membesar baru nyeri

- 2) Bila pecah, BAB berdarah dan dapat menimbulkan anemia
- b. Eksterna (dilatasi sesudah spingter)
  - 1) Nyeri
  - 2) Bila vena pecah, BAB berdarah dan dapat menimbulkan pecah trombosut atau implamasi

Berdasarkan temuan hitologis dari dilatasi vena yang abnormal dan distorsi pada wasir, disregulasi nada vaskuler memaikan peran dalam perkembangan hemoroid. Pada dasarnya, otot polos pembukuh darah diatur oleh sistem saraf otonom, hormone, sitokin, dan endothelium ( seperti nitrit oksida, prostasiklin, dan factor hiperpolalisasi hipothelium yang diturunkan ) dan factor vasikonstriksi endothelium yang diturunkan ( radikal oksigen reaktif dan endotelin ) menyebabkan beberapa gangguan vaskuler (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

### 2.1.6 Komplikasi

Menurut Mardalena (2018) komplikasi hemoroid yang paling sering terjadi yaitu :

- a. Pendarahan, dapat sampai anemia. Perdarahan juga dapat terjadi pada *carcinoma kolorektal, diverticulitis, colitis, ulderosa dan polip adenomatosa.*
- b. Thrombosis (pembekuan darah dalam hemoroid).
- c. Hemoroid stragulasi, yakni hemoroid prolps di mana suplai darah dihalangi oleh *sfincter ani.*

- d. Luka infeksi
- e. Benjolan pada anorectal dan prolapse rekti (*proctidentia*)
- f. Inkaserasi dapat berkembang yang kemudian mengalami iritasi dan infeksi sehingga dapat terjadi sepsis.

### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik**

- a. Infeksi  
Kemungkinan tidak ditemukan apa-apa mungkin terlihat benjolan hemoroid internal/eksternal yang prolapse
- b. Pemeriksaan rektal secara langsung  
Mengetahui adanya bunyi pada sfingter internal dan biasanya pada laki-laki muda terdapat bunyi yang tepat
- c. Colok dubur  
Tidak di temukan benjolan kecuali sudah terjadi thrombus, pemerisaan ini harus dilakukan untuk mendeksi adanya kelainan/ penyakit.
- d. Anoscopy  
Pemeriksaan untuk mengetahui adakah terjadi pergeseran pada organ dalam di bagian bawah yang menyebabkan hemoroid
- e. Sigmordcopy dan barium enema  
Pemeriksaan pada usus/kolon sigmoid untuk mengetahui adakah kanker atau imflamsi. Pemeriksaan ini penting terutama pada klien umur > 40 tahun

f. Proctoscopy

Pemeriksaan untuk melihat lokasi hemoroid internal yang ada pada tiga tempat utama

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Kardiyudiani & Susanti (2019), Penatalaksanaan medis pada hemoroid sebagai berikut :

- a. Pengobatan Di Rumah yaitu dengan Konsumsi makanan berserat tinggi, Menggunakan perawatan topikal. Olehkan krim wasir atau suppositoria yang terkandung hidrokortison, Merendam anus secara teratur dalam air hangat, Menjaga keberhasilan area anal, Menempatkan kompres es, Mengonsumsi pereda nyeri oral seperti acetaminophen, aspirin, atau ibuprofen.
- b. Pembedahan

Apabila hemoroid internal derajat I yang tidak membaik dengan penatalaksanaan konservatif maka dapat dilakukan tindakan pembedahan. HITS (hemorrhoid institute of south texas ) menetapkan indikasi tatalaksana pembedahan hemoroid antara lain :

- 1) Hemoroid derajat II berulang
- 2) Hemoroid derajat III dan IV dengan gejala
- 3) Mukosa rectum menonjol keluar anus
- 4) Hemoroid derajat I dan II dengan penyakit penyerta seperti fisura.
- 5) Permintaan pasien.

## 2.2 Asuhan Keperawatan Post Op Hemoroid Secara Teoritis

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data analisis informasi secara sistematis dan kelanjutan mengenai klien. Pengkajian di mulai dengan pengumpul data kedalam format yang terorganisir Mardalena (2018)

- a. Data pasien
- b. Keluhan utama. Pasien datang keluhan perdarahan terus menerus saat BAB, dan juga ada benjolan pada anus atau nyeri pada saat defekasi
- c. Riwayat penyakit sekarang. Pasien mulai merasakan benjolan yang keluar, dan beberapa hari kemudian ada perdarahan setelah BAB.
- d. Riwayat penyakit dahulu. Pasien pernah menderita penyakit hemoroid sebelumnya, sembuh atau terulang kembali, dan pada pasien yang tidak mendapat tindakan pembedahan sehingga hemoroid kembali kambuh.
- e. Pemeriksaan fisik  
Pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (Physical Examination) yang terdiri dari:
  - 1) Inspeksi, yaitu: teknik yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
  - 2) Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang anda perlu perhatikan adalah:
    - a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
    - b) Tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek

c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir

- 3) Perkusi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.
- 4) Auskultasi, adalah: pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Data yang dapat ditemukan dalam proses pemeriksaan fisik pada pasien post Hemoroidektomi.

a. Sistem Pernafasan

Pada pasien post Hemoroidektomi dapat ditemukan peningkatan Frekuensi nafas berkaitan dengan adanya gangguan nyeri akut post operasi.

b. Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien post Hemoroidektomi dapat ditemukan peningkatan tekanan darah dan frekuensi denyut jantung akibat adanya gangguan nyeri akut post operasi.

c. Sistem Pencernaan

Pada pasien post Hemoroidektomi perlu dikaji rasa gatal, terbakar, dan nyeri selama pasien melakukan defekasi. Kaji adanya nyeri abdomen,

perdarahan pada rectum, adanya mucus atau pus pada luka post operasi, serta pola eliminasi pasien.

d. Sistem Urinaria

Kemungkinan pada pasien post Hemoroidektomi ditemukan perubahan eliminasi urinarius berhubungan dengan rasa takut nyeri post operasi.

e. Sistem Endokrin

Kaji adanya pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Pada umumnya, pada pasien post Hemoroidektomi tidak terdapat kelainan pada sistem endokrin.

f. Sistem Persyarafan

Kaji fungsi cerebral berupa kesadaran dan orientasi pasien terhadap waktu, tempat, dan orang, serta kaji fungsi 12 nervus cranial. Pada umumnya pasien post Hemoroidektomi tidak terdapat kelainan pada sistem persyarafannya.

g. Sistem Integumen

Pada klien post homoroidektomi akan ditemukan kelainan integument karna adanya luka insisi pada daerah anus, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya lesi dan kemerah-merahan, pengukuran suhu untuk mengetahui adanya infeksi

h. Sistem Muskuloskeletal

Perlu dikaji kekutatan otot ekstremitas atas dan bawah, diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan, atau keterbatasan gerak, reflek pada ekstremitas atas dan bawah.

Kekuatan otot	5		5
	5		5

i. Sistem Penglihatan

Kaji keadaan mata dan fungsi penglihatan klien. Biasanya tidak terdapat gangguan sistem penglihatan pada pasien post Hemoroidektomi.

j. Wicara dan THT

Kaji kemampuan pasien dalam berinteraksi untuk menentukan fungsi pendengaran pasien, serta kaji keadaan telinga dan hidung pasien. Biasanya tidak terdapat gangguan wicara dan THT pada pasien post Hemoroidektomi.

k. Sistem Reproduksi

kaji pola reproduksi seksual mengenai riwayat pasca persalinan dan kehamilan, ada benjolan di area rectum, nyeri.

### 2.2.2 Diagnosis Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah,

- b. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan di tandai dengan pasien merasa bingung, merasa khawatir, sulit berkonsentrasi, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan, mengeluh lelah, dyspnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lelah.
- d. Resiko Syok (hipovolemi) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan tubuh (hipoksia dan hipotensi) ditandai dengan kekurangan volume cairan
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat ditandai dengan mal nutrisi, statis cairan tubuh

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas, intervensi menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Table 2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	SLKI Tujuan dan Kriteria Hasil	SIKI Intervensi Keperawatan
1.	<p><b>Nyeri Akut</b></p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka post operasi)</p> <p>Data mayor :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh nyeri</li> <li>b. Tampak meringis</li> <li>c. Gelisah</li> <li>d. Bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>e. Frekuensi nadi meningkat sulit tidur</li> </ul> <p>Data minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan darah meningkat</li> <li>b. Pola napas berubah</li> <li>c. Nafsu makan berubah.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam maka nyeri akan menurun,dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kemampuan menuntaskan aktivitas</li> <li>b. Keluhan nyeri menurun</li> <li>c. Sikap protetik menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> </ul>	<p><b>Tindakan Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Indentifikasi skala nyeri</li> <li>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada pada kulitashidupMonitor keberhasilan terapi koplementer yang sudah diberikan</li> <li>h. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul>

			<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tens, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbingan ,kompres dingin/hangat, terapi bermain)</li><li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li><li>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li><li>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>c. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li></ol>
--	--	--	---

			<p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p><b>Ansietas</b></p> <p>berhubungan dengan kurangnya pengetahuan ditandai dengan</p> <p>Data mayor :</p> <p>a. merasa bingung</p> <p>b. Merasa khawatir</p> <p>c. Sulit berkonsentrasi</p> <p>Data minor :</p> <p>a. mengeluh pusing</p> <p>b. anoreksia</p> <p>c. palpitasi</p> <p>d. merasa tidak berdaya</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1x24 jam, maka ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Verbalisasi kebingungan menurun</p> <p>b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>c. Perilaku gelisah menurun</p> <p>d. Perilaku tegang menurun</p> <p>e. Konsentrasi membaik</p> <p>f. Pola tidur membaik</p>	<p><b>Tindakan Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor)</p> <p>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>b. temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>c. pahami situasi yang membuat ansietas</p>

			<p>dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>d. Gunakan pendekatan yang tenang dan</p> <p>e. Meyakinkan tempat barang pribadi yang memberikan kenyamanan mrengidentifikasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>f. diskusikan perencanaan realitis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>b. Informasikan secara factual mengenai diagnosis</p> <p>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>d. Anjurkan melakukan kegiatan yang komprtitif, sesuai kebutuhan</p> <p>e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p>
--	--	--	--

			g. Latih teknik relaksasi
<b>3. Intoleransi Aktivitas</b>	<p>Berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan.</p> <p>Tanda mayor :</p> <p>a. mengeluh lelah</p> <p>Data minor :</p> <p>a. dyspepnea saat atau setelah aktivitas</p> <p>b. merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</p> <p>c. merasa lelah</p>	<p>setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. keluhan lelah menurun</p> <p>b. dipnea saat beraktivitas menurun</p> <p>a. disonea setelah beraktivitas menurun</p> <p>b. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>c. lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif berikan aktifitas</p>	<p><b>Tindakan Terapi Aktivitas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>a. identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b. monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c. monitor pola dan jam tidur</p> <p>d. monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus mis, cahaya, suara, kunjungan</p> <p>b. lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif</p> <p>c. berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>d. fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. anjurkan tirah baring</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>b. anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>c. anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>d. ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ul>
<b>4.</b>	<p><b>Resiko syok</b></p> <p>Berhubungan dengan penurunan aliran darah ke jaringan tubuh (hipoksia dan hipotensi)</p> <p>faktor resiko</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kekurangan volume cairan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat syok, (hipovolemi) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. kekuatan nadi menurun</li> <li>b. output urin menurun</li> <li>c. tingkat kesadaran menurun</li> <li>d. menurun</li> <li>e. mean arterial pressure membaik</li> </ul>	<p><b>Tindakan pencegahan syok</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor status kardipulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</li> <li>b. Monitor status oksigenasi (oksimetri, nadi, AGD)</li> <li>c. Monitor status cairan (masuk dan keluar, turgor kulit, CRT)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>f. tekanan darah sistolik membaik</li> <li>g. tekanan darah diastole membaik</li> <li>h. tekanan darah membaik</li> <li>i. pengisian kapiler membaik</li> <li>j. frekuensi nadi membaik</li> <li>k. frekuensi napas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>e. Periksa riwayat alergi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>b. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis jika perlu</li> <li>c. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok</li> <li>b. Jelaskan tanda dan gejala awal syok</li> <li>c. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</li> <li>d. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>e. Anjurkan menghindari alergi</li> </ul>
--	--	---	---

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu</li> <li>b. Kolaborasi pemberian antiimplamasi, jika perlu</li> </ul>
5.	<p><b>Resiko infeksi</b></p> <p>Berhubungan dengan pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat</p> <p>factor resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mal nutrisi</li> <li>b. Status cairan tubuh</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 maka, tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Demam menurun</li> <li>b. Kemerahan menurun</li> <li>c. Nteri menurun</li> <li>d. Bengkak menurun</li> <li>e. Kadar sel darah putih membaik</li> </ul>	<p><b>Tindakan pencegahan infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sitemik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. batasi jumlah pengunjung</li> <li>b. berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>d. pertahan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>b. ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>c. ajarkan etika batuk</li> <li>d. ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>e. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>f. ajnurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.</li> </ul>
--	--	--	--

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dihadapi kedalam keadaan status kesehatanyang sebih baikyang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan oleh oasien maupun perawat (Dini, 2019)

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawqatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dari semua tindakan keperawatan yang telah diberikan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan

hubungan dengan klien. Evaluasi keperawatan dibedakan menjadi evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

- a. Evaluasi Formatif adalah hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawat.
- b. Evaluasi sumatif adalah repaitulasi dan kesimpulan observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP, yaitu:

S: Data *subjektif*, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.

O: Data *Objektif*, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).

A: *Assesment* , yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P : *Planning* , yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal (Liana,2021).

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan pengalaman sensoris yang tidak menyenangkan dan adanya ancaman atau kerusakan jaringan aktual maupun kerusakan jaringan potensial, perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam skala atau tingkatnya, dan hanya orang tersebut lah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015).

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera.

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bilamana jaringan sedang rusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Nyeri merupakan sensasi yang penting bagi tubuh seperti sensasi penglihatan, pendengaran, bau, rasa, sentuhan, dan nyeri merupakan hasil reseptor, propagasi saraf-saraf sensorik nyeri menghasilkan reaksi ketidaknyamanan, distress, atau menderita (Saifullah, 2015).

Dampak beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensoris yang tidak menyenangkan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu dan suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila jaringan yang rusak.

### 2.3.2 Etiologi Nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu agen cedera fisiologis seperti implamasi, iskeia, neoplasma, agen cedera kimiawi seperti terbakar, bahan kimia iritan, agen cedera fisik seperti akses, aputasi, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma dan latihan fisik berlebih (Fadhillah, 2018).

### 2.3.3 Klasifikasi

Berdasarkan buku konsep dan proses keperawatan menurut handayani(2015), klasifikasi nyeri antara lain:

#### 1. Nyeri berdasarkan ringan beratnya

##### a. Nyeri ringan

Merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas ringan. Nyeri ringan biasanya pasien secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik.

##### b. Nyeri sedang

Merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang sedang. Nyeri secara objektif pasien mendesisi, menyeringay, dapat menunjukkan lokasi nyeri dari mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

##### c. Nyeri berat

Nyeri berat merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas berat. Nyeri berat secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat , menunjukkan

lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan aliposisi napas panjang.

## 2. Nyeri Berdasarkan waktu serangan

### a. Nyeri akut

Terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi. (ringan sampai berat ) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya dikibatkan trauma bedah dan inflamasi.

### b. Nyeri kronis

Nyeri kronis berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis biasanya terjadi pada penyakit kanker dan luka bakar, jika penyebab nyeri tidak diatasi atau dikontrol maka bisa menyebabkan kematian sehingga dibutuhkan penanganan nyeri sesuai dengan jenis yang dialami.

#### **2.3.4 Faktor- faktor yang mempengaruhi nyeri**

Menurut Andarmoyo (2013) persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

a. Usia

Usia anak yang masih kecil masih kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan prawat yang menyebabkan nyeri. Mereka yang belum dapat mengucapkan kata-kata yang mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas kesehatan. Pada sebagian anak terkadang segan untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang mereka alami disebabkan takut akan tindakan keperawatan yang harus diterima nantinya.

b. Jenis Kelamin

Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dan memaknai nyeri yang mengaggap bahwa laki-laki berani dan tidak boleh menangis dalam posisi yang sama.

c. Kebudayaan

Kebudayaan keyakiann dan nilai-nilai kebudayaan yang mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Sebagai contoh individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri. Sedangkan individu dari budaya lain cenderung lebih memilih menahan persaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

d. Makna nyeri

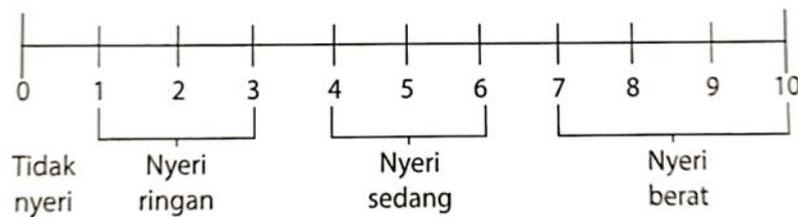
Makna seseorang yang berkaitan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

e. Perhatian

Tingkat seseorang memfokuskan perhatian dan pengaruh persepsi nyeri.

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

### Skala Penilaian Nyeri



**Gambar 2.2 Skala Nyeri (Nemerich Rating Scale)**

(Sumber : yankes. Kemkes.go.id)

0 : Tidak terasa nyeri/normal.

1-3 : (nyeri ringan) seperti gatal, kesetrum, nyut-nyutan, perih.

4-6 : (nyeri sedang) seperti kram, kaku, terbakar, ditusuk-tusuk .

7-9 : (nyeri berat) namun masih dapat dikontrol oleh pasien.

10 : (nyeri berat) yang tidak dapat dikontrol pasien.

## **2.4 Konsep Therapi Non Farmakologis**

### **2.4.1 Kompres dingin**

#### **a. Definisi Kompres Dingin**

Kompres dingin biasanya digunakan untuk mengurangi membengkakan, rasa nyeri, dan peradangan akibat cedera akut, termasuk setelah operasi. Kompres jenis ini berkerja dengan mengurangi aliran darah ke area tubuh yang sakit sehingga dapat membantu meredakan peradagan dan pembengkakan. Selain itu, kompres dingin juga dapat dipunahkan untuk mengurangi perdarahan dan menurunkan demam maupun mengatasi badan sakit semua. Ada berbagai bentuk kompres dingin yang digunakan, mulai dari es batu atau gel beku yang dibungkus kain, handuk yang dicelupkan ke air dingin, hingga seprotan pendingin (halodoc).

#### **b. Cara Penanganan Kompres dingin**

1. Siapkan Alat
  - a) Handuk kecil/kain tipis
  - b) Air dingin/es batu
2. Balutkan Botol bersisi air dingin yang dengan handuk kecil/kain tipis.
3. Letakkan botol yang dibalut pada lokasi nyeri selama 5-10 menit.

#### 4. Ubah posisi botol yang dibalut

Tahap perlakuan kompres dingin yang dilakukan pada pasien post operasi hemoroid meliputi pengkajian nyeri, kemudian dilakukan kompres dingin dengan suhu 5-10°. Pemerian kompres dingin dilakukan dalam waktu 3 hari sebanyak 3x sehari selama 10-15 menit.

Pengaruh kompres dingin dileher belakang atau tengkung bertujuan untuk menghambat sensai nyeri yang akan dihantarkan oleh iplus saraf ke sisitem saraf pusat (Utami,Sakitri, 2020).

### **2.4.2 Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

#### **a. Definisi teknik Relaksasi Nafas Dalam**

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, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

**b. Teknik relaksasi nafas dalam**

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rilek
8. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
12. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan Studi Kasus**

Dalam menyusun studi kasus ini penulis menggunakan metode deskriptif. Penelitian ditunjukkan untuk mendeskripsikan suatu keadaan atau fenomena yang didapatkan dari responden berupa fakta-fakta yang terjadi saat ini yang meliputi kegiatan penilaian sikap atau pendapat terhadap seseorang. Begitupun sebaliknya penilaian sikap atau kelompok terhadap seseorang. Metode deskriptif dengan pemaparan studi kasus ini melalui pendekatan karya tulis yakni pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Metode penulisan deskriptif adalah metode penulisan karya tulis ilmiah yang berusaha menggambarkan dan menginterpretasikan objek apa adanya (Sudaryono, 2017).

#### **3.2 Subjek Studi Kasus**

Subjek studi kasus adalah sumber dari mana data diperoleh dan dirumuskan subjek kasus ini dijadikan sumber data (Notoadmojo, 2012). Penulis mengambil subjek studi kasus asuhan keperawatan asuhan keperawatan Pada Tn.P dengan kasus Nyeri Akut Post Op Hemoroid di Ruang Zaal Bedah Di Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.

Pada studi kasus ini Penulis mengambil subjek peneliti adalah satu individu pada pasien dengan post operasi hemoroid di Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang 2023.

### **3.3 Fokus Studi**

Fokus penelitian dalam studi kasus ini difokuskan pada Keperawatan Medikal Bedah pada pasien post operasi Hemoroid sebagai objek penelitian dilakukan diruang zaal bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.

### **3.4 Definisi Operasional**

- a. Penyakit hemoroid adalah salah satu gangguan jinak yang paling umum pada saluran pencernaan bagian bawah hemoroid terdiri dari pembengkakan pembuluh darah, jaringan ikat, dan sejumlah kecil otot.
- b. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
- c. Post Operasi Hemoroid merupakan pengangkatan hemoroid, biasanya dilakukan dengan bius umum, pasien akan dibuat tidak sadar saat operasi pengangkatan hemoroid dilakukan.
- d. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset

mendadak dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

### **3.5 Instrument Studi Kasus**

Dalam penelitian ini penulis menggunakan instrumen yang akan dipakai dalam pengambilan data pada pasien Post Operasi Hmoroid menggunakan data check list dan pedoman wawancara, pedoman observasi, serta menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

### **3.6 Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data client adalah dengan cara mengambil data primer dan data sekunder.

#### **3.6.1 Data primer**

Data primer adalah data yang diambil secara langsung diambil dari objek penelitian oleh peneliti perorangan maupun organisasi (Nursalam, 2013). data primer diperoleh dengan cara :

##### **a) Wawancara**

Wawancara yaitu suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data di mana peneliti mendapatkan Keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran peneliti atau responden, atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2012). pada studi kasus ini wawancara akan dilakukan pada klien, keluarga, dokter atau petugas kesehatan lainnya.

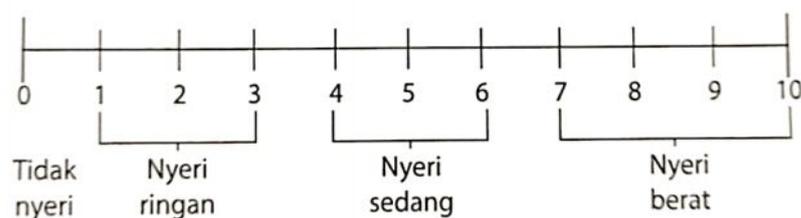
### b) Observasi

Menurut Notoatmodjo, (2012). Observasi adalah teknik pengumpulan data yang berencana antara lain meliputi melihat, mencatat jumlah antara aktivitas tertentu ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Observasi dilakukan setiap hari pada waktu tertentu, dimulai dari pasien datang pada kasus pasien Post Operasi Hemoroid nyeri yang diobservasikan dengan tanda-tanda vital sign dan perilaku pasien dengan rasional untuk mengetahui status kesehatan pasien

### c) Pemeriksaan Fisik

Hasil pemerisaan fisik yang didapatkan dari Tn.P keadaan umum lemah dan kesadaran composmentis, darai vital sign dilakukan saat pengkajian didapatkan hasil Tn.P Td : 130/90 mmhg, pernapasan 20x/m, nadi : 90x/m, suhu, 36,2 c pada sistem gastrointestinal di bagian anus nyeri terasa ditususk – tusuk dengan skala 6, BAB terusmenerus bercampur darah dan adanya luka pada bagian anus kurang lebih 1,5 cm dengan keadaan luka bersih dan tampak merah tertutup perban.

### d) Skala Penilaian



**Gambar 2.2 Skala Nyeri (Nemeric Rating Scale)**  
(Sumber : yankes. Kemkes.go.id)

O : Tidak terasa nyeri/normal.

1-3 : (nyeri ringan) seperti gatal, kesetrum, nyut-nyutan, perih.

4-6 : (nyeri sedang) seperti kram, kaku, terbakar, ditusuk-tusuk .

7-9 : (nyeri berat) namun masih dapat dikontrol oleh pasien.

10 : (nyeri berat) yang tidak dapat dikontrol pasien.

### **3.6.2 Data Sekunder**

Data sekunder adalah dokumentasi catatan dokumentasi medis merupakan sumber informasi yang penting bagi tenaga kesehatan mengidentifikasi masalah untuk menegakkan diagnosa, merencanakan tindakan dan memonitor respon pasien terhadap tindakan (Notoatmodjo, 2012).

#### **e) Studi Dokumentasi**

Studi dokumentasi adalah setiap bahan tertulis yang diperansipkan karena adanya permintaan seseorang yang menyidik (Nursalam, 2013). Dalam kasus studi dokumentasi akan dilakukan dengan mengumpulkan data yang diambil dari catatan rekam medik pasien.

#### **f) Studi Kepustakaan**

Studi perpustakaan adalah bahan-bahan pustaka yang sangat penting dalam menunjang latar belakang teoritis dalam suatu penelitian studi perpustakaan Post Operasi Hemoroid (Notoadmodjo, 2012).

### **3.7 Lokasi dan Waktu**

#### **a. Tempat**

Studi kasus dilakukan Ruang Zaal umum di Rumah Sakit Islam Bhayangkara M.Hasan Palembang.

b. Waktu

Waktu studi kasus dilaksanakan pada tanggal 18 Mei Sampai 20 Mei 2023.

### **3.8 Penyajian Data**

Data yang sudah terangkum ditafsirkan dan dijelaskan untuk menggambarkan proses asuhan keperawatan pada pasien post operasi hemoroid. penyaji yang sudah ditafsirkan dan dijelaskan berbentuk uraian teks atau bersifat naratif

### **3.9 Etika Studi Kasus**

Sebelum melakukan penelitian ini peneliti diharapkan untuk mengajukan izin terlebih dahulu untuk mendapatkan persetujuan dengan membawa surat permohonan untuk melakukan studi kasus atau penelitian, kemudian pengkajian asuhan keperawatan digunakan ke responden untuk yang diteliti dengan menekan masalah meliputi ;

#### **3.9.1 *Informed Consent***

*Informed consent* bertujuan untuk menerima persetujuan pasien dan keluarga untuk dilakukannya sebuah penelitian pada impermed consent sendiri dijelaskan tentang tujuan tindakan yang akan dilakukan serta waktu selama penelitian

#### **3.9.2 *Anonymity***

Untuk menjaga kerahasiaan pasien, peneliti tidak mencantumkan nama pada fase lembar pengkajian, tetapi hanya menulis inisial

### **3.9.3 Confidentiality**

*Confidentiality* (Kerahasiaan), kerahasiaan pasien dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebarluaskan dikalangan umum, dalam hal ini peneliti menjaga privasi penyakit pasien.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

Pada BAB ini Penelitian Akan Menguraikan Paparan data yang diperoleh sesuai dengan fokus Studi dengan Merujuk Rumusan atau Tujuan dilaksanakannya studi kasus dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada TN.P Dengan Nyeri Akut pada Pasien Hemoroid Di Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang yang dilakukan mulai tanggal 18 sampai 20 Mei Tahun 2023.

Sesuai Dengan Tahap Proses Keperawatan Penulis akan Memaparkan Hasil dari Data Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan, Evaluasi Keperawatan.

##### **4.1.1 Pengkajian**

Penulis mulai pengkajian pada tanggal 18 Mei 2023 Pukul 13.00 WIB menggunakan tahap pengkajian melalui *infomert consent*, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, cacatan medis pasien. Sehingga didapatkan bahwa pasien berinisial Tn.P umur 40 tahun, berjenis kelamin Laki-laki, beragama islam, Pendidikan SMA, Anak, dan bertempat tinggal di Sukabangun 2.

Dari Hasil Pengkajian didapatkan keluhan utama Tn.P Mengeluh mengalami nyeri sejak 4 jam yang lalu setelah dilakukan operasi, dibagian anus, nyeri terasa seperti

ditusuk-tusuk, dengan skala 6, terus menerus dan BAB bercampur darah dan adanya luka pada bagian anus ditutupi perban ( $\pm 1,5$  cm) dengan keadaan luka bersih dan tampak merah. Riwayat Kesehatan Masa lalu Tn.P mengatakan tidak ada riwayat masa lalu. Riwayat Kesehatan keluarga Tn.P mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti : Hipertensi, Asma, Tuberkulosis (TBC), Diabetes Melitus (Dm) dan Jantung. Klien juga tidak memiliki alergi pada obat-obatan dan makanan.

Pada pemeriksaan fisik yang didapatkan dari Tn.p keadaan umum lemah dan kesadaran composmentis, darai vital sign dilakukan saat pengkajian didapatkan hasil Tn.p Td : 130/90 mmhg, pernapasan 20x/m, nadi : 90x/m, suhu, 36,2 c klien mengalami nyeri sejak 4 jam yang lalu setelah dilakukan operasi, dibagian anus, nyeri terasa ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6, terus-menerus BAB bercampur dengan darah dan adanya luka pada bagian anus yang ditutupi perban ( $\pm 1,5$  cm) luka tampak bersih dan kemerahan. Selain itu didapatkan juga data keadaan umum, klien tampak meringis kesakitan.

Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 18 Mei 2023 didapatkan hasil Hb 12d/dl, leukosit 9.700 ul, eritrosit 4.4 juta/ul, trombosit 233.000 ul, hematocrit 38%, netofil segmen 51%, limposit 35% , monosit 7%, golongan darah B+, glukosa sewaktu 82 mg/dl. Terapi yang diberikakan IVFD RL gtt 20x/m 1 ampul ketorolac (drip) 1x1/hari.

Setelah dilakukan pengkajian dapat ditentukan analisa datanya, dengan data subjektif pasien merasa nyeri bagian anus dengan skala 6. Didukung oleh data

objektif berupa keadaan umum pasien lemah, adanya luka tertutup perban di anus, luka tampak bersih dan kemerahan. Pemeriksaan vital sign terdapat td 130/90, pernapasan 20x/m, nadi 90x/m, suhu 36,2 c. maka masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan tampak meringis, gelisah.

#### **4.1.2 Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan Hasil pengkajian data pada hari 18 Mei 2023 jam 13.00 WIB didapatkan data subjektif (DS) Tn.P mengatakan nyeri dibagian anus, skala nyeri 6 BAB bercampur darah, adanya luka dibagian anus ditutupi perban ( ±1,5 cm ) dan data objektif (DO) yang ditemukan keadaaan umum lemah, klien tampak meringis, luka tampak bersih dan kemerahan,dan pemeriksaan vital sign didapatkan yaitu tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 36,4<sup>0</sup>c.

Dari Hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.P didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Operasi di buktikan dengan pasien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, sulit tidur.

#### **4.1.3 Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah di temukan oleh penulis yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Operasi pada Tn.P ) intervensi yang dilakukan pada Nyeri akut terdiri dari tindakan observasi berupa

identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Tindakan terapeutik yaitu berikan teknik farmakologis dan nonfarmakologis, control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitas istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Tindakan edukasi yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan Kolaborasi yaitu Pemberian analgesik

#### **4.1.4 Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan intervensi keperawatan, tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn.P, pada tanggal 18 Mei 2023 pukul 16.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital yaitu dengan hasil keadaan umum lemah, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 36,4 °c. Pukul 16.15 WIB mengkaji karakteristik nyeri yaitu dengan hasil, nyeri luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk bagian anus, dengan skala nyeri 6 dan nyeri dirasakan terus-menerus. Pada Pukul 17.00 WIB mengobservasi dalam pemberian obat analgetik yaitu pemberian IFVD RL gtt 20x/menit + 1 ampul ketorolac (drip) 1x1/hari.

Tindakan Keperawatan tanggal 19 mei 2023 pukul 13.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil yaitu, keadaan umum membaik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 36<sup>0</sup>c. Pukul 13.10 WIB mengobservasi tingkat nyeri dengan hasil pada luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk bagian anus, skala nyeri 4 terus menerus. Pukul 13.25 WIB menganjurkan posisi yang nyaman dengan hasil klien mengatakan lebih nyaman miring, kadang duduk sebentar. Pukul 14.20 WIB mengajarkan klien nafas dalam dan mengajarkan teknik distraksi (yaitu dengan mendengarkan musik untuk mengalihkan rasa nyeri) dengan hasil klien mengatakan lebih enak skala nyeri 3 dan menikmati musik yang didengarkan. Pukul 15.00 WIB kolaborasi dalam pemberian obat analgetik yaitu pemberian IVFD RK gtt20x/menit + 1 ampul ketorolac (drip) 3x1/hari.

Tindakan Keperawatan tanggal 20 mei 2023 pukul 13.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil yaitu, keadaan umum membaik, tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 36<sup>0</sup>c. Pukul 13.10 WIB mengobservasi tingkat nyeri dengan hasil pada luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk bagian anus, skala nyeri 3 terus menerus. Pukul 13.25 WIB menganjurkan posisi yang nyaman dengan hasil klien mengatakan lebih nyaman miring kanan/kiri dan kadang duduk sebentar. Pukul 14.20 WIB mengobservasi penggunaan relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi dengan hasil saat nyeri klien melakukan nafas dalam, kadang juga mendengarkan musik, klien tampak rileks. Pukul 15.00 WIB memberikan edukasi pemberian kompres dingin (discgarge

planning) dengan hasil respon keluarga klien baik dan mengetahui pemberian kompres apabila nyeri masih terasa. Pukul 16.00 WIB kolaborasi dalam pemberian obat Oral tramadol 3x1/hari.

#### **4.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan evaluasi pada tanggal 18 mei 2023 pukul 19.00 WIB yaitu S: klien mengatakan nyeri masih terasa, nyeri bekas luka operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus, skala nyeri berkurang sedikit skala nyeri 5 dan nyeri dirasakan terus-menerus. O: klien tampak menahan nyeri dengan ekspresi wajah meringis kesakitan, adanya luka  $\pm 1,5$  cm ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu  $36,4^{\circ}\text{C}$ . A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan, kaji tanda-tanda vital, kaji karakteristik nyeri, anjurkan klien memilih posisi yang nyaman, anjurkan penggunaan teknik nafas dalam saat nyeri muncul, ajarkan teknik nonfarmakologis, serta kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Evaluasi pada tanggal 19 mei 2022 Pukul 19.00 WIB yaitu S: klien mengatakan nyeri setelah operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus, dengan skala 3, terus menerus. O: klien tampak lebih nyaman, adanya luka  $\pm 1,5$  cm di tutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan. Rileks dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasaan 20x/menit dan suhu  $36^{\circ}\text{C}$ . A: masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan kaji tanda-tanda vital, kaji

karakteristik nyeri, anjurkan klien memilih posisi yang nyaman, anjurkan penggunaan teknik nafas dalam saat nyerimuncul, ajarkan teknik nonfarmakologis, serta kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Evaluasi pada tanggal 20 Mei 2023 Pukul 19.00 WIB yaitu S: klien mengatakan nyeri setelah operasi, seperti ditusuk-tusuk dibagian anus, dengan skala nyeri 2 terus-menerus. O: klien tampak lebih nyaman, tampak masih adanya luka  $\pm 1,5$  cm ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan, tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 8-x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu  $36,2^{\circ}\text{C}$ . A: masalah teratasi. P: intervensi di hentikan ( klien pulang).

## **4.2 Pembahasan**

Pada bab ini membahas tentang Asuhan Keperawatan yang diberikan kepada Ny.w dengan post operasi hemoroid diruang Zaal Umum Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang dengan cara membandingkan kesenjangan antara teori yang berhubungan dengan penyakit hemoroid dengan apa yang ditemukan dilapangan.

### **4.2.1 Pengkajiaan**

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti tanggal 18 Mei 2023 pada klien Tn. P didapatkan hasil utama nyeri. Riwayat kesehatan sekarang yaitu klien mengalami nyeri sejak 4 jam yang lalu setelah dilakukan operasi, dibagian anus, nyeri terasa ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6, terus-menerus BAB bercampur dengan darah

dan adanya luka pada bagian anus yang ditutupi perban ( $\pm 1,5$  cm) luka tampak bersih dan kemerahan. Selain itu didapatkan juga data keadaan umum, klien tampak meringis kesakitan.

Berdasarkan teori menurut Wilkinson J (2020) keluhan utama pada pasien post operasi hemoroid terdiri dari : keluhan utama (biasanya pasien rasakan setelah operasi adalah nyeri pada luka operasi), riwayat penyakit sekarang (PQRST ), pemeriksaan fisik pada bagian rektum inspeksi pada rektum terdapat luka post operasi.

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Ediyanto (2018) dengan judul kasus : upaya Penurunan Nyeri pada klien Ny.S Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung didapatkan hasil pengkajian yaitu nyeri akut post operasi hemoroidektomi, luka bekas operasi, nyeri terasa ditusuk-tusuk dibagian anus, luka ( $\pm 2$ cm) ditutupi perban, luka tampak bersih dan kemerahan, keadaan umum lemah dan klien tampak meringis kesakitan.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian terkait maka peneliti berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan, karena pengkajian yang ditemukan antara peneliti, teori dan penelitian yang terkait didapatkan data yang sama seperti nyeri akut.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan analisa data yang dilakukan maka diagnosa keperawatan pada Tn.P adalah diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Bedah.

Salah Satu diagnosa keperawatan pada hemoroid menurut Nuarif (2015) yang dimodifikasi dengan Aprisunadi,dkk (2017), yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur Bedah. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Ediyanto (2018) dengan judul studi kasus: upaya Penurunan Nyeri pada klien Ny.S Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung yang didapatkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur Bedah. Akibat dari prosedur bedah hemoroidektomi tersebut, eksisi setelah operasi akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat, seperti dalam jurnal juga dijelaskan bahwa nyeri apabila tidak segera ditangani maka dapat berpengaruh pada fisiologis, psikologis, dan perilaku orang itu sendiri bahkan bisa sampai pingsan karena nyeri.

Berdasarkan hasil penelitian, teori dan penelitian terkait maka peneliti berasumsi bahwa ada kesenjangan, karena diagnosa yang ditemukan oleh peneliti yaitu nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi, sedangkan berdasarkan teori dan penelitian terkait diagnose yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang disusun oleh penulis untuk diagnosis Nyeri Akut berhubungan dengan Prosedur Operasi pada Tn.P maka penelitian merencanakan Asuhan Keperawatan Selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, sulit tidur menurun, frekuensi nadi membaik, Selanjutnya susunan intervensi berdasarkan diagnosa yaitu kaji tanda-tanda vital, kaji karakteristik nyeri ,atur posisi klien semi flowler/supine, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, edukasi pemberian kompres dingin (discharge planning) dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik.

Menurut aprisunadi (2018) intervensi yang dilakukan pada Nyeri akut terdiri dari tindakan observasi berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik. Tindakan terapeutik yaitu berikan teknik farmakologis dan nonfarmakologis, control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitas istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Tindakan edukasi yaitu jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Tindakan Kolaborasi yaitu Pemberian analgesik.

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Ediyanto (2018) dengan judul kasus: upaya Penurunan Nyeri pada klien Ny.S Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung intervensi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital, kaji karakteristik nyeri, memberikan teknik farmakologis dan nonfarmakologis, dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik.

Berdasarkan intervensi peneliti, teori dan hasil penelitian yang terkait maka peneliti berasumsi terdapat kesenjangan dimana ada satu rencana tindakan yang ditambahkan oleh peneliti pada klien Tn.P yaitu memberikan edukasi pemberian kompres dingin untuk menurunkan nyeri post operasi hemoroidektomi.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti pada Tn.P pada tanggal 18 mei 2023 yaitu mengidentifikasi lokasi nyeri, frekuensi, durasi, skala, mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, menjelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri, melatih pasien untuk melakukan teknik (kompres dingin), mengatur posisi pasien nyaman mungkin, dan menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, mengkaji vital sign.

Tahap pelaksanaan perawatan, perawat tinggal menerapkan kepala pasien sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Dilaksanakan sesuai

dengan rencana keperawatan menyangkut keadaan bio-sosio-spiritual klien, menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien atau keluarga, menerapkan klien aman, nyaman, ekonomis, privasi, dan mengutamakan keselamatan klien, melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditemukan ( Tribowo, 2013).

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Ediyanto (2018) dengan judul kasus: : upaya Penurunan Nyeri pada klien Ny.S Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung implementasi yang dilakukan yaitu kaji tanda-tanda vital, mengobservasi tingkat nyeri, memberikan teknik farmakologis dan nonfarmakologis, (relaksasi napas dalam) dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Berdasarkan hasil peneliti, teori dan hasil penelitian yang terkait maka peneliti berasumsi terdapat kesenjangan antara implementasi hal ini dikarenakan peneliti hanya memberikan implementasi pemberian kompres dingin untuk upaya penurunan nyeri, sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan pada penyakit pasien Tn.P sedangkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti terkait implementasi yang dilakukan yaitu melakukan teknik non farmakologi ( realaksasi napas dalam).

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi yang didapatkan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan hasil data subjektif (S): klien mengatakan nyeri setelah operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus, skala nyeri 2 terus-menerus. Objektif ( O): klien tampak

lebih nyaman ,tampak masih adanya luka ( $\pm 1,5$  cm) ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan, tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu  $36,2^{\circ}\text{C}$ . Assesment (A): masalah teratasi. Planning (P): intervensi dihentikan ( pasien pulang).

Menurut Fadillah (2016) evaluasi proses yang dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon klien, sedangkan evaluasi klien dilakukan atau target tujuannya diharapkan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP sebagai pola pikirnya. Subjektif (S) adalah respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Objektif (O) adalah respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Assesment (A) adalah analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada. Planning (P) adalah perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa respon klien.

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan oleh Ediyanto (2018) dengan judul kasus: : upaya Penurunan Nyeri pada klien Ny.S Post Operasi Hemoroidektomi di Rumah Sakit Ngesti Waluyo Parakan Temanggung hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan hasil data subjektif (S) klien mengatakan nyeri setelah operasi, seperti tersayat-sayat pisau, bagian anus, skala 4 terus-menerus, tanpa masih adanya luka ( $\pm 2$ cm) ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan. Objektif (O) klien tampak lebih nyaman, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernafasan

20x/menit dan suhu  $36,2^{\circ}\text{C}$ . Assement (A) masalah teratasi sebagian. Planning (P) intervensi dilanjutkan.

Berdasarkan hasil evaluasi temuan peneliti, teori dan penelitian yang terkait, penelitian berasumsi bahwa Tidak ada kesenjangan. Karena peneliti, teori, dan penelitian terkait dalam mengatasi masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi selama 3x24 jam.

### **4.3 Keterbatasan**

Dalam peneliti ini tidak terlepas dari keterbatasan yang terjadi yaitu kurangnya pengetahuan peneliti yang berhubungan dengan permasalahan ini, sehingga hasil peneliti yang awal mulanya menjadi target kurang memuaskan, kurangnya pengalaman penulis pada studi kasus ini sehingga banyak terdapat kekurangan dalam penulisan.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan maka dapat diambil kesimpulan antara lain:

1. Berdasarkan Hasil pengkajian didapatkan pada pemerisaan fisik yang didapatkan dari Tn.P keadaan umum lemah dan kesadaran composmentis, darai vital sign dilakukan saat pengkajian didapatkan hasil Tn.P Td : 130/90 mmhg, pernapasan 20x/m, nadi : 90x/m, suhu, 36,2 c pada sistem gastrointestinal di bagian anus nyeri terasa ditususk – tusuk dengan skala 6, BAB terusmenerus bercampur darah dan adanya luka pada bagian anus kurang lebih 1,5 cm dengan keadaan luka bersih dan tampak merah tertutup perban.
2. Berdasarkan Diagnosis Keperawatan pada Tn.P yaitu nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi dibuktikan dengan tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, sulit tidur.
3. Berdasarkan Intervensi keperawatan pada klien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan prosedur bedah antara lain: kaji tanda-tanda vital, kaji karakteristik nyeri, atur posisi klien, ajarkan teknik farmakologis dan nonfarmakologis,dan kolaborasi dalam pemberian analgesik.
4. Berdasarkan Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu penulis melakukan tindakan keperawatan pada Tn.P sudah sesuai dengan dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi lokasi, frekuensi, durasi, skala,

mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri, menjelaskan penyebab, prilaku, dan pemicu nyeri, melatih pasien untuk teknik relaksasi (napas dalam), mengatur posisi pasien se nyaman mungkin, dan menganjurkan posisi pasien se nyaman mungkin, dan menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, mengkaji vital sign.

5. Evaluasi keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan ( pasien pulang ).

## **5.2 Saran**

Berdasarkan hasil penerapan Asuhan Keperawatan yang dilakukan maka peneliti dapat memberikan beberapa saran antara lain:

### **5.2.1 Masyarakat**

Diharapkan dijadikan sebagai salah satu tambahan informasi bagi masyarakat bagaimana cara merawat keluarga setelah post operasi Hemoroid serta pemicu terjadinya Nyeri Akut dengan kasus Post Operasi Hemoroid.

### **5.2.2 Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan**

Diharapkan untuk menambahkan keluasan dan pengembangan ilmu dan teknologi dibidang keperawatan dalam penanganan nyeri akut post operasi hemoroidektomi.

### **5.2.3 Peneliti Selanjutnya**

Bagi penulis selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan studi kasus dengan mengambil subyek studi kasus yaitu dua responden yang bertujuan sebagai pembandingan agar mendapatkan hasil studi kasus yang maksimal dan gambaran

yang lebih luas lagi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien post operasi Hemoroid dengan masalah Nyeri Akut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alodokter (2022) Jenis-Jenis Kompres Dan Aturan Pakainya <http://www.alodokter.com/jenis-kompres-dan-aturan-pakainya>
- Andarmoyo 2017 Buku Panduan Teknik Relaksasi Napas Dalam
- Aprisusandi, dkk. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1). Jakarta Selatan DPP PPNI
- Danar, Fahmi Sudarsono. (2015). Diagnosis Dan Penanganan Hemoroid. *J Majority*, 4(6), 31-34.
- Dedi Sukurokhman dkk, (2018) Asuhan Keperawatan Pada Ny.M dengan Post Operasi Hemoroidektomi Di Ruang Menur Rumah Sakit umum daerah dr.R Goeteng Taroernadibrata Purbalingga *Jurnal of nursing and health* volume 3 nomer 1 2018 Halaman : 9-17 <https://doi.org/10.52488/jnh.v3i1.75>
- Depkes RI, Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun, (2018).,Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Diyono, (2013), Buku Ajar *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan Jakarta : EGC* Jakarta Internal Publising.
- Jitowiyono & Kristiyanasari (2012). Asuhan Keperawatan Post Operasi Pendekatan Nanda, Nic, Noc, Nuha Medika. Yogyakarta : EGC
- Kardiyudiani & Susanti. 2019. Keperawatan Medikal Bedah I. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.
- Kemenkes RI (2020) Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/403/tunda-bab-wasir-mengancam](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/403/tunda-bab-wasir-mengancam)
- Maldalena, I., 2018 *Asuhan keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Notoadmojo. (2012). Metodologi Penelitian Kesehatan.
- Nurarif, A.H., Kusuma, H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* jilid 2 Aedi action Jogjakarta.
- Rohmani, dkk. 2018. Jurnal Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin Di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang Tampon. Universitas Indonesia.

Saifullah, A. 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Perawat Dalam Manajemen Nyeri Post Operasi Di Bangsal bedah RSUD DR Suehadi Prijonegoro Sragen

Smelzer, S.C, (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.

Sudaryono, dkk (2017). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1,2,3 edisi Keempat.

(SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia.

(SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

(SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

Tetty, S (2015). Konsep Pelaksanaan Nyeri. Jakarta: EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia

WHO,. (2019). Global Strategy For Hemoroid.Worl Health Organization  
<http://www.google.com> Latar Belakang Angka Kejadian Hemoroid, Pdf. Diakses pada tanggal 10 April 2023 jam 22.40.

# LAMPIRAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
Jln. Demang Lebar Daun Pakjo Palembang Telp. 0711-314562

PENGAJUAN JUDULPROPOSAL

Nama : Reviyola  
NIM : 144012027021  
Pembimbing I : Ns. Adi Saputra, S.Kep.,M.Kes  
Pembimbing II : Ns. Dessy Suswitha, S.Kep., M.Kes

No	Tanggal	Judul Kasus Penelitian	Paraf Pembimbing I	Paraf Pembimbing II
1,	18 Mei 2023	Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Post Operasi Hemoroid di Ruang Zal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023		

Mengetahui

Palembang, Juni 2023

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Mahasiswa

Ns. Mardiah, S.Kep.,M.Kes  
NIDN. 0227067601

Reviyola  
NIM. 144012027021

**INFORMED CONSENT**  
**(Persetujuan Menjadi Partisipan)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Reviyola dengan Judul Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Hemoroid di Ruang Zal Bedah Rumah Sakit Bhayangkara M.Hasan Palembang Tahun 2023.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penulisan ilmiah ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penulisan ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu – waktu tanpa sanksi apapun.

Palembang,.....

Yang Memberikan

Persetujuan

Saksi



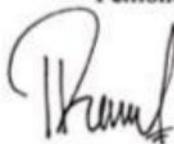
( Intan Permatasari, AmdlKep )



( PURNANA )

Palembang,.....

Pemohon



( Reviyola )



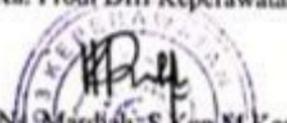
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Reviyola  
NIM : 144012027021  
Pembimbing : Ns. Adi Saputra, S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	1 Maret 2023	Pengajuan Judul	As
2.	1 Maret 2023	Acc Judul	As
3.	10 Maret 2023	Konsul Bab I	As
4.	21 Maret 2023	Konsul Revisi Bab I dan Bab II	As
5.	24 Maret 2023	Konsul Bab III	As
6.	25 Maret 2023	Konsul Revisi Bab I dan Bab II	As
7.	25 Maret 2023	Acc Bab I & II , Revisi Bab III	As
8.	27 Maret 2023	Acc Proposal	As
9.	28 Maret 2023	Ujian Proposal	As
10.	9 April 2023	Konsul Bab IV dan Bab V	As
11.	31 Mei 2023	Revisi Bab IV dan Bab V	As
12.	3 Juni 2023	Revisi Bab IV dan Bab V	As
13.	5 Juni 2023	Revisi Bab IV	As
14.	13 Juni 2023	Acc KTI	As
15.	10 Juni 2023	Ujian Komprehensif	As

Mengetahui  
Ka. Prodi DIII Keperawatan

  
Ns. Marcellah, S.Kep., M.Kes  
NIDN. 0227067601



PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Reviyola  
NIM : 144012027021  
Pembimbing : Ns. Dessy Suswitha, S.Kep., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	3 Maret 2023	Pengajuan Judul	DF
2.	5 Maret 2023	Acc Judul	DF
3.	21 Maret 2023	Konsul Bab III	DF
4.	24 Maret 2023	Acc Bab III	DF
5.	28 Maret 2023	Ujian Proposal	DF
6.	02 Juni 2023	Revisi Bab IV dan Bab V	DF
7.	5 Juni 2023	Revisi Bab IV & Acc Bab V	DF
8.	13 Juni 2023	Acc KTI	DF
9.	10 Juni 2023	Ujian Komprehensif	DF

Mengetahui

Ka. Prodi DIII Keperawatan



Ns. Mardiah, S.Kep.M.Kes

NIDN. 0227067601



YAYASAN ISLAM SITI KHADIJAH  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
SITI KHADIJAH PALEMBANG  
TERAKREDITASI BAN-PT

Jln. Demang Lebar Daun Pakjo Palembang Telp. 0711 - 314562  
Website : [www.stik-sitikhadijah.ac.id](http://www.stik-sitikhadijah.ac.id)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 41010/BAAK/1/1.3/IV/2023 Palembang, 18 April 2023  
Lampiran : 1 berkas Kepada Yth,  
Perihal : Mohon Izin Penelitian Mahasiswa Direktur RS Bhayangkara M. Hasan  
Prodi D.III Keperawatan Di -  
Palembang

Assalamualaikum Wr.Wb

Teriring salam dan doa, semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah Nya kepada kita semua dalam melaksanakan tugas sehari-hari. Amin

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir mahasiswa/i Program Studi D.III Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang, maka bersama ini kami mohon bantuan kiranya Bapak/Ibu/Saudara/i untuk memberikan izin penelitian kepada mahasiswa kami (daftar nama terlampir) untuk melakukan pengambilan kasus penelitian dan data-data yang diperlukan berserta penjelasan lainnya dari instansi yang berada di tempat yang Bapak/ibu pimpin. Untuk kemudian digunakan dalam penyusunan proposal penelitian Karya Tulis Ilmiah yang dimaksud.

Demikianlah yang dapat kami sampaikan, atas kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Ketua Prodi D.III Keperawatan



Ns. Mardiah, S.Kep., M.Kes  
NIK. 017621

Tembusan :

1. Ka. Diklat RS Bhayangkara Mohammad Hasan
2. Arsip

Lampiran :

DAFTAR NAMA MAHASISWA/I PROGRAM STUDI D.III KEPERAWATAN STIK SITI KHADIJAH  
PALEMBANG

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul Kasus Penelitian
1.	Aulia Dwi Ningsih	144012027002	Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
2.	Meri Mustika	144012027012	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Asma Bronkial Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
3.	Nyimas Mutiara Pratiwi	144012027015	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Demam Typoid Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
4.	Reviyola	144012027021	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post OP Hemoroid Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
5.	Riyan Adi Saputra	144012027023	Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Post Operasi Apendisitis Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
6.	Saharani	144012027024	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Demam Typoid Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023
7.	Yogi Putra Nugraha	144012027028	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Cholelitis Di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Tahun 2023

Ketua Prodi D.III Keperawatan

Ns. Mardiah, S.Kep., M.Kes

NIK. 017621



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
DAERAH SUMATERA SELATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M HASAN  
Jalan Jenderal Sudirman Km. 4,5 Palembang 30128

Palembang, 27 April 2023

Nomor : B/ 358 /IV/DIK.2.6/2023/Rumkit  
Klasifikasi: BIASA  
Perihal : Pemberian Izin Penelitian

Kepada

Yth. KETUA PRODI DIII KEPERAWATAN  
STIK SITI KHADIJAH PALEMBANG

di

Palembang

1. Rujukan Surat Ketua Prodi DIII Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang Nomor: 420.10/BAAK/II.3/IV/2023 tanggal 14 April 2023 tentang Mohon Izin Penelitian Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan.

2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, diberitahukan kepada Ka. bahwa Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang memberikan izin Penelitian kepada mahasiswa atas:

Nama : Reviyola

NIM : 144012027021

Prodi : DIII Keperawatan

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post OP Hemoroid di Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang Tahun 2023

3. Dengan catatan Mahasiswa yang bersangkutan mengikuti semua peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan dan data penelitian yang didapat digunakan hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

4. Demikian untuk menjadi maklum.

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M HASAN  
PALEMBANG

  
  
Dr. WAHONO EDHY PRASTOWO, Sp.PD.FINASIM  
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 78020928



KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA  
DAERAH SUMATERA SELATAN  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M HASAN  
Jalan Jenderal Sudirman Km. 4,5 Palembang 30128

Palembang, 31 Juli 2023

Nomor : B/ 669 /II/DIK.2.6./2023/Rumkit  
Klasifikasi : BIASA  
Perihal : Selesai Penelitian

Kepada

Yth. KETUA PSIK STIK SITI KHADIJAH  
PALEMBANG

di

Palembang

1. Rujukan Surat Kepala Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang Nomor: B/358/IV/DIK.2.6./2023/Rumkit tanggal 27 April 2023 tentang Pemberian Izin Penelitian.
2. Sehubungan dengan rujukan tersebut di atas, diberitahukan kepada Ka. bahwa mahasiswa STIK Siti Khadijah Palembang atas:

Nama : Reviyola  
NIM : 144012027021  
Prodi : DIII Keperawatan  
Judul Penelitian: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post OP Hemoroid di Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang Tahun 2023

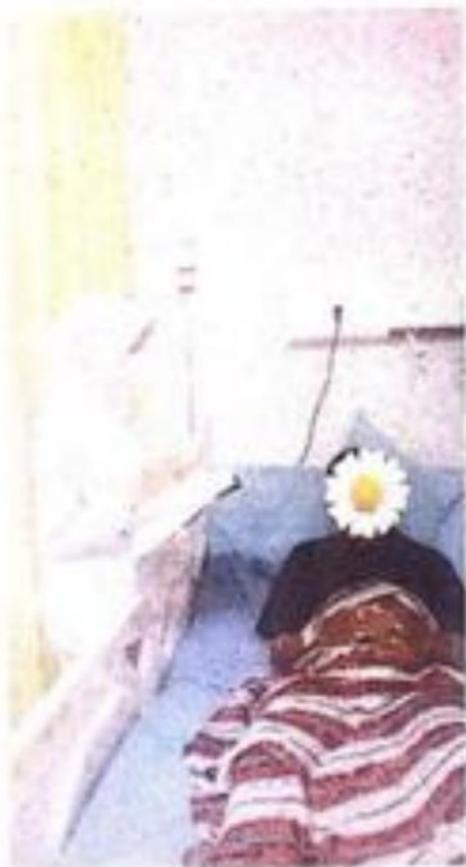
Telah selesai Penelitian di Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang, dengan catatan :

1. Data yang didapat digunakan hanya untuk kepentingan ilmu pengetahuan;
  2. Mahasiswa yang bersangkutan bersedia memberikan salinan hasil Skripsi/karya tulis ilmiah untuk disimpan sebagai arsip diklat Rumah Sakit Bhayangkara M Hasan Palembang.
3. Demikian untuk menjadi maklum.

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M HASAN  
PALEMBANG



*[Signature]*  
Dr. WAHONO EDHI PRAS TOWO, Sp.PD.FINASIM  
AJUN KOMISARIS BESAR POLISI NRP 78020928





### 3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan, minimal 3 generasi)

#### Keterangan:

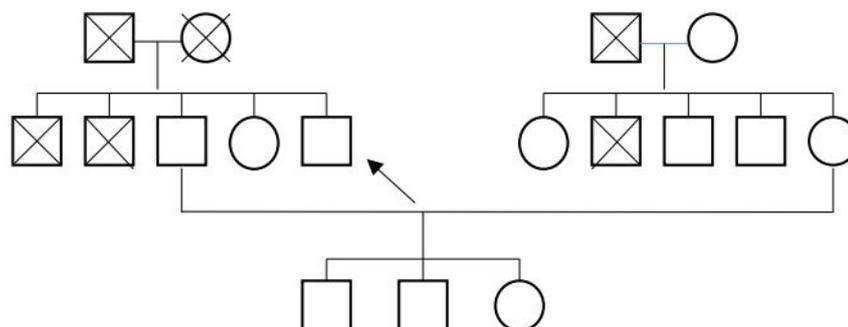
○ Perempuan

□ Laki-laki

↗ Pasien

X Meninggal

--- Tinggal serumah



#### 4. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko:

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang diderita keluarganya, Diabetes Militus (-), Asma (-), Jantung (-), TBC (-), Hipertensi (-).

#### 5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- Adakah orang terdekat dengan pasien: Istri dan Anak
- Interaksi dalam keluarga : Baik
- Pola komunikasi : Lisan (Verbal dan Non Verbal)
- Pembuat keputusan : Baik, tegas dan adil
- Kegiatan kemasyarakatan : gotong royong setiap hari minggu pagi
- Dampak penyakit pasien terhadap keluarga : Keluarga mejadi khawatir dengan kondisi kesehatan pasein
- Masalah yang mempengaruhi pasien : Kurang makan dan kurang istirahat
- Mekanisme koping terhadap stress :
  - ( √ ) pemecahan masalah                      ( ) minum obat
  - ( ) makan    ( ) cari pertolongan
  - ( ) tidur    ( ) lain-lain :
- Persepsi pasien terhadap keluarga : Keluarga selalu menemani dalam keadaan sehat/ sakit dan semoga cepat sembuh.

- f. Hal yang sangat dipikirkan saat ini : Kesehatan dirinya dan keluarganya agar dirinya sehat kembali seperti sebelumnya.
- g. Harapan setelah menjalani perawatan : harapan dirinya biar bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.
- h. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit : Badan terasa lemas dan sakit, tidak bisa banyak melakukan aktivitas.
- j. Sistem nilai kepercayaan : Percaya kepada Allah bahwa setiap penyakit pasti ada obatnya.
- l. Nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada masalah
- m. Aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan : Beribadah, sholat, berzikir, berdoa.

## 6. Pola Kebiasaan

Hal yang dikaji	POLA KEBIASAAN	
	Sebelum Sakit	Saat Sakit
<b>a. Pola Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi makan: x/hari</li> <li>• Nafsu makan : baik/tidak Alasan: mual,muntah, sariawan</li> <li>• Posri makan yang dihabiskan</li> <li>• Makanan yang tidak disukai</li> <li>• Makanan yang membuat alergi</li> <li>• Makanan pantangan</li> <li>• Makanan diet</li> <li>• Penggunaan obat sebelum makan</li> <li>• Penggunaan alat (NGT,dll)</li> </ul>	3x/ hari Baik  1 Porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	3x/hari Tidak  ½ Porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
<b>b. Pola Eliminasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>BAK</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi: x/hari</li> <li>• Warna :</li> <li>• Keluhan :</li> <li>• Penggunaan alat bantu:</li> </ul> </li> <li>2) <b>BAB</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : x/hari</li> </ul> </li> </ol>	3-4x/hari Kuning Tidak ada Tidak ada	3-4x/hari Kuning Tidak ada Tidak ada

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu (pagi/siang/malam/tidak mementu)</li> <li>• Warna :</li> <li>• Konsistensi :</li> <li>• Penggunaan laxative :</li> </ul>	<p>Pagi hari</p> <p>Kuning Kecoklataan Padat</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak menentu</p> <p>Kuning Padat</p> <p>Tidak ada</p>
<p><b>c. Pola Personal Hygiene</b></p> <p><b>1) Mandi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : x/hari</li> <li>• Waktu : pagi/soe/malam</li> </ul> <p><b>2) Oral Hyiegine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi : x/hari</li> <li>• Waktu : pagi/siang/setelah makan</li> </ul> <p><b>3) Cuci Rambut</b></p> <p>Frekuensi : x/hari/minggu</p> <p><b>4) Mengganti pakaian</b></p> <p>Frekuensi : x/hari</p>	<p>2x/hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2x/ hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>1x/hari</p> <p>2-3x/hari</p>	<p>2x/hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2x/ hari</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>1x/hari</p> <p>2x/hari</p>
<p><b>d. Pola Istirahat dan Tidur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lama tidur siang : jam/hari</li> <li>• Lama tidur malam: jam/ahri</li> <li>• Kebiasaan sebelum tidur</li> </ul>	<p>3-4 jam/ hari</p> <p>7-8 jam/ hari</p> <p>Membaca doa sebelum tidur</p>	<p>4-5 jam/hari</p> <p>8 jam/ hari</p> <p>Membaca doa sebelum tidur</p>
<p><b>e. Pola Aktivitas dan Latihan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu bekerja : pagi/siang/malam</li> <li>• Olahraga : ( ) ya tidak ( )</li> <li>• Jenis olahraga:</li> <li>• Frekuensi olahraga : x/minggu</li> <li>• keluhan dalam berkatvitas (pergerakan tubuh/mandi/mengebakan pakaian/sesak setelah berkativitas)</li> </ul>	<p>Pagi hari</p> <p>Tidak</p> <p>Tidak Olahraga</p> <p>Mudah merasa lelah</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak Olahraga</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak olahraga</p> <p>Mudah lelah</p>
<p><b>f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan</b></p> <p>1) Merokok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi:</li> <li>• Jumlah :</li> </ul>	<p>Tidak merokok</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Tidak merokok</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

• Lama pemakaian:	Tidak ada	Tidak ada
2) NAPZA/MIRAS	Tidak	Tidak

### C. PENGKAJIAN FISIK

#### 1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Berat Badan : 60kg
- b. Tinggi Badan : 165cm
- c. Tekanan darah : 130/90mmHg
- d. Nadi-irama : 90x/menit :
- e. Frekuensi nafas : 20x/menit
- f. Suhu tubuh : 36,4°C
- g. Keadaan Umum : ( ) Ringan (  ) Sedang ( ) Berat
- h. Kesadaran : Composmentis
- i. Pembesaran kel. Getah bening : ( ) ya (  ) tidak

#### 2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi mata : (  ) Simetris ( ) Asimetris
- b. Kelopak mata : (  ) Normal ( ) Ptosis
- c. Pergerakan bola mata : (  ) Normal ( ) Abnormal :
- d. Konjungtiva : ( ) Merah muda (  ) Anemis ( ) sangat merah
- e. Kornea : (  ) Normal ( ) Keruh/berkabut  
( ) Terdapat perdarahan
- f. Sklera : (  ) Ikterik ( ) Anikterik
- g. Pupil : (  ) Isokor ( ) Anisokor  
( ) Midriasis ( ) Miosis
- h. Otot-otot mata : ( ) Juling keluar ( ) Juling Kedalam  
( ) Berada diatas (  ) Tidak ada Kelaianan
- i. Fungsi Penglihatan : (  ) Baik ( ) Kabur ( ) Diplopia
- j. Tanda-tanda radang : Tidak dilakukan pengkajian
- k. Pemakaian kacamata : Tidak ada
- l. Pemakaian lensa kontak : Tidak ada
- m. Reaksi terhadap cahaya : Tidak ada keluhan

#### 3. Sistem Pendengaran

- a. Daun telinga : (  ) Normal ( ) Tidak, kanan/kiri
- b. Karakteristik serumen : warna : Kuning  
konsistensi : Lunak  
bau : Normal
- Kondisi telinga tengah : (  ) Normal ( ) Kemerahan  
( ) Bengkak ( ) Terdapat lesi
- c. Cairan dari telinga : (  ) Tidak ( ) Ada
- d. Perasaan penuh ditelinga : ( ) Ya (  ) Tidak
- e. Tinitus : ( ) Ya (  ) Tidak
- f. Fungsi Pendengaran : (  ) Normal ( ) Kurang ( ) Tuli Kanan/kiri
- g. Gangguan Keseimbangan : (  ) Tidak ( ) Ya
- h. Pemakaian Alat Bantu : ( ) Ya (  ) Tidak

4. **Sistem Wicara** : (  ) Normal ( ) Tidak Normal  
 ( ) Aphasia ( ) Aponia  
 ( ) Dysatria ( ) Dyphasia  
 ( ) Anarthia

5. **Sistem Penciuman (Hidung)**

- a. ReaksiAlergi : (  ) Tidak ( ) Ya, Sebutkan:  
 b. Cara mengatasinya : Tidak ada  
 c. Pernah mengalami flu : (  ) Ya ( ) Tidak  
 d. Frekuensi dalam setahun : 3-4 kali pada saat musim hujan.

6. **Sistem Pernafasan**

- a. Jalan nafas : (  ) Bersih ( ) Ada sumbatan :  
 b. Pernafasan : (  ) TidakSesak ( ) Sesak  
 c. Menggunakan otot bantu : ( ) Ya (  ) Tidak  
 d. Frekuensi : 20 x/menit  
 e. Irama : (  ) Tertaur ( ) Tidakteratur  
 f. Jenis pernapasan : Pernapasan dada  
 g. Kedalaman : ( ) Dalam (  ) Dangkal  
 h. Batuk : (  ) Tidak ( ) Ya  
 i. Sputum : (  ) Tidak ( ) Ya  
 j. Konsistensi Sputum : ( ) Kental ( ) Encer  
 k. Terdapat darah : ( ) Ya (  ) Tidak  
 l. Inspeksi dada : Klien nafas pendek (pernafasan kulmaul, cepat/ dalam)  
 m. Palpasi dada : Fremitus kiri dan kanan  
 n. Perkusi dada : Sonor  
 o. Auskultasi dada : Vesikuler  
 p. Suara Napas : (  ) Vesikuler ( ) Ronchi  
 ( ) Whezzing ( ) Rales  
 q. Nyeri saat bernapas : ( ) Ya (  ) Tidak  
 r. Penggunaan alat bantu : (  ) Tidak ( ) Ya

7. **Sistem Kardiovaskuler**

- a. Sirkulasi Perifer  
 • Nadi : 90x/menit  
 Irama : (  ) Teratur ( ) Tidak  
 Denyut: ( ) Lemah (  ) Kuat  
 • Tekanan darah : 130/80 mmHg  
 • Distensi Vena Jugularis :  
 - Kanan : (  ) Ya ( ) Tidak  
 - Kiri : (  ) Ya ( ) Tidak  
 • Temperatur Kulit : (  ) Hangat ( ) Dingin  
 • Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ) Kemerahan  
 • Pengisian kapiler : Normal  
 • Edema : ( ) Ya (  ) Tidak  
 ( ) Tungkai atas ( ) Tungkai bawah

- Periorbital       Muka
- Skrotalis       Anasarka

b. Sirkulasi Jantung

- Kecepatan denyut apical:
- Irama :  Teratur       Tidak teratur
- Kelainan bunyi jantung :  Murmur       Gallop
- Sakit dada :  Ya       Tidak
  - Timbulnya :  saat aktivitas       Tanpa aktivitas
  - Karakteristik :  Seperti ditusuk-tusuk
  - Seperti dibakar
  - Seperti ditimpa benda berat

**8. Sistem Hematologi**

Gangguan hematologi

- Pucat :  Ya       Tidak
- Pendarahan :  Tidak       Ya
  - Ptechie       Pupura       Mimisan
  - Pendarahan gusi       Echimosis

**9. Sistem Saraf Pusat**

- a. Keluhan sakit kepala : Tidak ada
- b. Tingkat kesadaran : Composmentis
- c. GCS : E= 4 M= 5 V= 6
- d. Tanda peningkatan TIK :  Tidak       Ya
  - Muntah proyektil       Nyeri kepala
  - Papil edema
- e. Gangguan sistem persarafan
  - Kejang       Pello       Mulut mencong       Kesemutan
  - Kelumpuhan ekstermitas       Disorientasi
- f. Pemeriksaan reflek
  - Reflek Fisiologis :  Normal       Tidak
  - Reflek Patologis :  Tidak       Ya

**10. Sistem Pencernaan**

- a. Keadaan mulut
  - Gigi :  Caries       Tidak
  - Gigi palsu :  Ya       Tidak
  - Stomatitis :  Ya       Tidak
  - Lidah kotor :  Ya       Tidak
  - Saliva :  Normal       Abnormal
- b. Muntah :        Tidak
- c. Nyeri daerah rektum :  Ya       Tidak
- d. Skala nyeri : 6
- e. Lokasi dan karakteristik :  Seperti ditusuk       Setempat
  - Melilit       Menyebar

- ( ) Cramp ( ) Berpindah-pindah  
 ( ) Panas ( ) kanan/kiribawah
- f. Bising usus : 15 x/menit
- g. Diare : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- h. Warna Feses : ( √ ) Kuning ( ) Coklat ( ) Hitam  
 ( ) Dempul ( ) Putih seperti air cucian beras
- i. Konsistensi feses : ( √ ) Setengah padat ( ) Cair  
 ( √ ) Berdarah ( ) Terdapat lender
- j. Konstipasi : ( √ ) Tidak ( ) Ya, Lamanya: ..... hari
- k. Hepar : ( ) Teraba ( √ ) Tidak teraba
- l. Abdomen : ( ) Lembek ( ) Asites  
 ( ) Kembung ( √ ) Distensi

Masalah keperawatan : nyeri akut

### 11. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kel. Tiroid : ( √ ) Tidak ( ) Ya  
 ( ) Exoptalmus ( ) Tremor  
 ( ) Diaporesis
- b. Nafas berbau keton : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- c. Poliuri : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- d. Polipagia : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- e. Polidipsi : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- f. Luka Ganggren : ( ) Ya ( √ ) Tidak

### 12. Sistem Eliminasi (Urogenital)

- a. Perubahan pola kemih : ( ) Retensi ( ) Urgency ( ) Disuria  
 ( ) Nocturia ( ) Inkontinen ( ) Tidak lampias
- b. BAK : Warna ( √ ) Kuning ( ) Kuning kental  
 ( ) Merah ( ) Putih
- c. Distensi kandung kemih : ( ) Ya ( ) Tidak
- d. Keluhan pinggang : ( ) Ya ( √ ) Tidak
- e. Kateter : ( ) Ya ( √ ) Tidak

### 13. Sistem Integumen

- a. Turgor kulit : ( √ ) Baik ( ) Buruk
- b. Temperature kulit : 36,2°C
- c. Warna kulit : ( ) Pucat ( √ ) Sianosis ( ) Kemerahan
- d. Keadaan kulit : ( ) Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus ( √ ) Kering  
 ( ) Luka, Lokasi : .....
- e. Kelainan kulit : ( √ ) Tidak ( ) Ya : .....
- f. Keadaan rambut : Kering
- Tekstur : ( √ ) Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia
- Kebersihan : ( √ ) Bersih ( ) Bau

#### 14. Sistem Muskuloskeletal

- a. Sulit dalam pergerakan : ( ) Ya (  ) Tidak
- b. Takut gerak : ( ) Ya (  ) Tidak
- c. Sakit tulang, sendi, kulit : ( ) Ya (  ) Tidak
- d. Fraktur : ( ) Ya (  ) Tidak
- e. Lokasi fraktur : -
- f. Kelainan pada bentuk tulang dan sendi : ( ) kontraktur ( ) Bengkak
- g. Kelainan struktur tulang belakang : ( ) Skoliosis ( ) Lordosis ( ) Kifosis
- h. Keadaan tonus otot : (  ) Baik ( ) Hipotoni
- i. Kekuatan otot : Baik

\*Berikan penjelasan untuk seluruh pertanyaan jika jawaban “ya”

#### DATA TAMBAHAN:

-----

-----

-----

#### D. DATA PENUNJANG

##### 1. Data Laboratorium

No	Tgl Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil
1	18 Mei 2023	Hemoglobin	14-16 g/dl
		Ureum	10-50mg/dl
		Creatinin	0,6-1,2 mg/dl
		Sgot/sgpt	0-35-40mg/dl
		Natrium	135-148mmol/c
		kalium	3,5-5,5mmol/c
		Monosit	7%
		Golongan darah	B+
		Glukosa sewaktu	82mg/dl

##### 2. Hasil Pemeriksaan diagnostik lainya (Rotgen, USG, CT Scan dll)

#### E. PENATALAKSANAAN MEDIS

1. Cairan : Pemberian cairan menggunakan intravena dengan cairan yang digunakan yaitu : Ringer Laktat gtt 20x/menit
2. Diet : Pemberian diet gizi dengan memberikan bubur.

3. Obat :

Nama Obat	Golongan	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi
Cairan Infus RI	Obat Keras	500ml	Pasien yang mengalami dehidrasi atas kehilangan cairan tubuh saat mengalami cedera	Wanita hamil dan menyusui, infeksi saluran kencing dan juga pada infeksi paru-paru.
ketorolac	Anti.Inflamasi nonsteroid	2x1	Mengatasi nyeri sedang sehingga nyeri berat untuk sementara obat ini juga dapat digunakan sebelum atau sesudah mengalami operasi dan prosedur medis lainnya	Pasien dengan hipersensitivitas yang ditentukan terhadap ketorolac dan terhadap pasien dengan sindrom polip hidung lengkap persial angioedema atau obat anti nonsterid lainnya
Anbacim	Obat keras	2x1	Infeksi saluran nafas bahwa infeksi jaringan lunak, tulang dan sendu	

## ANALISA DATA

Inisial klien: Tn.P  
No. Medical Record:

Dx medis: Hemoroid  
Tgl pengkajian: 18 Mei 2023

No	Data	Penyebab (Etiologi)	Masalah keperawatan
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan nyeri di bagian anus.</li><li>- BAB bercampur darah.</li><li>- Adanya luka ± 1,5 cm ditutupi perban bagian anus</li></ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak meringis</li><li>- Skala nyeri 6</li><li>- Luka tampak bersih dan kemerahan.</li><li>- Ku : Lemah</li></ul> <p>Td: 130/90mmHg</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Nadi : 90x/menit</p> <p>Suhu : 36,2°C</p>	Prosedur Operasi	Nyeri Akut

## **F. Prioritas Masalah Keperawatan**

1. Nyeri Akut berhubungan dengan prosedur operasi

## **G. Diagnosis Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan tampak meringis, gelisah.

## RENCANA KEPERAWATAN

**Inisial Klien: Tn.P**  
**No. Medical Record:**

**Dx. Medis: Hemoroid**  
**Tgl pengkajian: 18 Mei 2023**

No	Tgl	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana tindakan
1	18 Mei 2023	Nyeri Akut Berhubungan dengan Prosedur Penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- meringis menurun</li> <li>- tekanan darah membaik</li> <li>- pola tidur membaik.</li> </ul>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. identifikasi respon nyeri nonverbal,</li> <li>4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri,</li> <li>5. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri,</li> <li>7. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan teknik farmakologis dan nonfarmakologis,</li> <li>2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri,</li> <li>3. fasilitas istirahat dan tidur,</li> <li>4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan</li> </ol>

				<p>strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri,</li><li>2. jelaskan strategi meredakan nyeri,</li><li>3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,</li><li>4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat,</li><li>5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li></ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemeberian analgetik, jika perlu</li></ol>
--	--	--	--	--

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Inisial Klien : Tn.P**  
**No. Medical Record :**

**Dx. Medis : Hemoroid**  
**Tgl Pengkajian : 18 Mei 2023**

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Hasil	Jam	Evaluasi (SOAP)	Tanda tangan
18 mei 2021	Nyeri Akut	16.00	1. Mengkaji tanda-tanda vital	1. TD: 130/80mmHg RR: 20x/menit Nadi : 90x/menit Temp: 36,4°C	19.00	S : Pasien mengatakan nyeri masih terasa, nyeri bekas luka operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus.  nyeri sedikit berkurang skala 5.  O : Klien tampak menahan nyeri dengan ekspresi wajah meringis kesakitan, adanya luka ±1,5cm ditutupi perban dibagian	
		16.15	2. Mengkaji karakteristik nyeri	2. Paien merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian anus dengan skala nyeri 6 dan			

		17.00	3. Berkolaborasi dalam pemberian obat analgetik,	dirasakan terus menerus.  3. Pemberian IVFD RL gtt 20x/menit, 1 ampul ketorolac (drip) 3x1/hari.	<p>anus, luka tampak bersih dan kemerahan</p> <p>TD : 130/80mmHg</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,4°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tanda-tanda vital</li> <li>- Kaji karakteristik nyeri,</li> <li>- Anjurkan klien memilih posisi yang nyaman</li> </ul>
--	--	-------	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"><li>- anjurkan penggunaan teknik nafas dalam saat nyeri.</li> <li>- ajarkan teknik nonfarmakologis</li> <li>-Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.</li></ul>	
--	--	--	--	--	---	--

**CATATAN PERKEMBANGAN**

**Inisial Klien : Tn.P**  
**No. Medical Record :**

**Dx. Medis : Hemoroid**  
**Tgl Pengkajian : 19 Mei 2023**

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Hasil	Jam	Evaluasi (SOAP)	Tanda tangan
19 mei 2021	Nyeri Akut	13.00	1. Mengkaji tanda-tanda vital	1. TD: 120/80mmHg RR: 20x/menit Nadi : 80x/menit Temp: 36°C	19.00	S : Pasien mengatakan nyeri masih terasa, nyeri bekas luka operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus.  nyeri sedikit berkurang skala 3  O : Klien tampak lebih nyaman dengan, adanya luka ±1,5cm ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan .	
		13.10	2. Mengobservasi tingkat nyeri	2. Paien merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian anus dengan skala nyeri 4 dan			

		13.25	3. Menganjurkan posisi yang nyaman	<p>dirasakan terus menerus.</p> <p>3. pasien menatakan lebih nyaman miring, kadang duduk sebentar,</p>	<p>TD : 120/80mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36°C</p>	
		14.20	4. Mengajarkan klien nafas dalam dan mengajarkan teknik distraksi	<p>4. Klien mengatakan lebih enak skala nyeri 3 dan menikmati musik yang didengarkan.</p>	<p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tanda-tanda vital</li> <li>- Kaji karakteristik nyeri,</li> <li>- Anjurkan klien memilih posisi yang nyaman</li> <li>- anjurkan penggunaan teknik nafas dalam saat nyeri.</li> </ul>	
				5. Pemberian IVFD RL Gtt20x/menit, 1		

		15.00	5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik	Ampul ketrolac (drip) 3x1/hari.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ajarkan teknik nonfarmakologis</li> <li>-Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.</li> </ul>	
--	--	-------	---	---------------------------------	--	---	--

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Inisial Klien : Tn.P  
 No. Medical Record :

Dx. Medis : Hemoroid  
 Tgl Pengkajian : 20 Mei 2023

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Hasil	Jam	Evaluasi (SOAP)	Tanda tangan
20 mei 2021	Nyeri Akut	13.00	1. Mengkaji tanda-tanda vital	1. TD: 130/80mmHg  RR: 20x/menit  Nadi : 80x/menit  Temp: 36°C	19.00	S : Pasien mengatakan, nyeri bekas luka operasi, seperti ditusuk-tusuk bagian anus dengan skala nyeri 2.  O : Klien tampak lebih nyaman, tampak masih adanya luka ±5cm ditutupi perban dibagian anus, luka tampak bersih dan kemerahan.  TD : 120/80mmHg	
		13.10	2. Mengobservasi tingkat nyeri	2. Pasien mengatakan nyeri berkurang di bagian anus dengan skala nyeri 3 .			



		16.00	<p>5. Memberikan edukasi pemberian kompres dingin ( discharge planning)</p> <p>6. Kolaborasi dalam pemberian obat</p>	<p>5. Respon keluarga pasien baik dan mengetahui pemberian kompres apabila nyeri masih terasa.</p> <p>6. Tramadol Oral 3x1/hari.</p>		
--	--	-------	---	--	--	--