

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**  
**DENGAN POST HEMOROID DI RUANG RAWAT INAP**  
**ANGGREK RSUD CURUP**  
**TAHUN 2022**



**DISUSUN OLEH :**

**ANDRYAN SEPTIANSYAH**  
**NIM. P00320119028**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI**  
**KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA**  
**T.A 2021-2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN  
DENGAN POST HEMOROID DI RUANG RAWAT INAP  
ANGGREK RSUD CURUP  
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh  
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**DISUSUN OLEH :**

**ANDRYAN SEPTIANSYAH**  
**NIM. P00320119028**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA  
T.A 2021-2022**

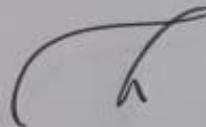
## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Andryan Septiansyah  
Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 06 September 2000  
N I M : P00320119028  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan  
Hemoroid Diruangan Angrek RSUD Curup  
Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 21 Juli 2022

Curup, 21 Juli 2022  
Pembimbing



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep.,M.Kep  
NIP.197112171991021001

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST  
HEMOROID DI RUANG RAWAT INAP ANGGREK RSUD  
CURUP KABUPATENREJANG LEBONG  
TAHUN 2022**

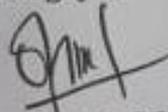
Disusun oleh :  
**ANDRYAN SEPTIANSYAH**  
NIM. P0 0320119028

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga  
Jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Pada Tanggal 21 Juli 2022, dan dinyatakan

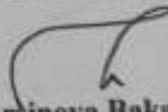
**LULUS**  
**Ketua Penguji**

  
**Chandra Buana, MPH**  
NIP.197101041991021001

**Anggota Penguji I**

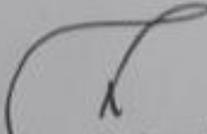
  
**Ns. Winike Nopri Yanti, S.Kep**  
NIP. 198811092010012009

**Anggota Penguji II**

  
**Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep**  
NIP. 197112171991021001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan  
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

**Mengetahui,**  
**Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga**  
**Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu**

  
**Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep**  
NIP.197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
POST HEMOROID DI RUANG RAWAT INAP  
ANGGREK RSUD CURUP  
(Andryan Septiansyah, 2022, Halaman)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang :** *Hemoroid* merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari plexus homorrhoidalis. Hemoroid eksterna adalah pelebaran vena yang berada dibawah kulit (subkutan) di bawah atau luar linea dentate. **Tujuan :** Untuk mengetahui keefektifan *Teknik Relaksasi Tarik napas dalam* pada studi kasus pasien KTI dengan operasi Haemoroid diruangan Anggrek RSUD Curup. **Metode :** Dengan menggunakan *Teknik relaksasi napas dalam* untuk mengurangi ketika merasa nyeri pada pasien post operasi haemoroid. **Kesimpulan :** Studi kasus ini menunjukkan bahwa tindakan Teknik napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri digunakan pada Nn.F diruangan Anggrek RSUD Curup. **Saran :** Teknik napas dalam diharapkan menjadi salah satu intervensi bagi perawat dan pasien dapat menerapkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien Haemoroid.

**Kata Kunci : Haemoroid, Teknik napas dalam**

**NURSING CARE IN PATIENTS WITH  
POST HEMORROID IN ICU  
CURUP Hospital Orchid  
(Andryan Septiansyah, 2022, Page)**

**ABSTRACT**

**Background:** Hemorrhoids are dilation and inflammation of the veins in the anal area originating from the hemorrhoidal plexus. External hemorrhoids are dilated veins that are under the skin (subcutaneously) below or outside the dentate line. **Objective:** To determine the effectiveness of the Deep Inhalation Relaxation Technique in a case study of KTI patients with Haemorrhoid surgery in the Orchid Room of Curup Hospital. **Methods:** By using deep breathing relaxation techniques to reduce pain in postoperative hemorrhoidal patients. **Conclusion:** This case study shows that the deep breathing technique to reduce pain was used by Ms. F in the Orchid Room of RSUD Curup. **Suggestion:** Deep breathing technique is expected to be one of the interventions for nurses and patients to apply deep breathing relaxation techniques to reduce pain in Haemorrhoid patients.

**Keywords:** Haemorrhoids, deep breathing technique

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan 1 Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hemoroid diruangan Anggrek di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022”.

Penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril dalam menyelesaikan karya Tulis Ilmiah ini sehingga karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Ibu Eliana.,SKM, M.PH selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep.,Mpd. Selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Laporan Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Chandra Buana, M.P.H. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis

untuk segera menyelesaikan semua kewajiban penulis sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan Proposal Tulis Ilmiah.

6. Ibu Ns. Winike Nopri Yanti, S.Kep selaku penguji yang telah menyediakan waktunya untuk melakukan konsultasi dan memberikan saran-saran dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh Dosen dan Staf Jurusan Keperawatan Curup, Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Kedua orang tua saya serta keluarga, penulis yang selalu memberikan saya semangat dan serta Doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat dan Serta teman-teman seperjuangan saya di Program Studi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi semua pihak untuk berbagai kepentingan penelitian lainnya dan penulis menyadari

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dari itu penulis sangat berharap kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan penulisan laporan di masa yang akan datang. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasehat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Curup , 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat .....	3
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.1.1 Definisi .....	5
2.1.2 Etiologi .....	6
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	7
2.1.4 Anatomi Fisiologi .....	8
2.1.5 Patofisiologi.....	9
2.1.6 Woc.....	11
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.8 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	18
2.2.1 Pengkajian .....	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	26

2.2.3 Rencana Keperawatan .....	27
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	32
2.2.5 SOP Teknik Relaksasi Tarik Napas Dalam .....	34
2.2.6 Evaluasi Keperawatan .....	38
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>40</b>
3.1 Pengkajian .....	40
3.1.1 Identitas Klien .....	40
3.1.2 Riwayat Keperawatan .....	41
3.1.3 Pemeriksaan Fisik .....	47
3.1.4 Penatalaksanaan .....	54
3.1.5 Analisa Data .....	55
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	57
3.3 Intervensi Keperawatan .....	58
3.4 Implementasi Keperawatan .....	63
3.5 Evaluasi Keperawatan .....	74
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>81</b>
4.1 Pengkajian Keperawatan .....	81
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	82
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan .....	83
4.4 Implementasi Keperawatan .....	84
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	85
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>87</b>
5.1 Kesimpulan .....	87
5.2 Saran .....	89
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>90</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul	Halaman
1	Anatomi fisiologi hemoroid	8

## DAFTAR SKEMA

No Gambar	Judul	Halaman
1	WOC Post hemoroid	11

## DAFTAR TABEL

No Gambar	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Skala penilaian nyeri	20
Tabel 2.2	Rencana Keperawatan	27
Tabel 2.3	SOP Teknik Relaksas napas dalam	35
Tabel 2.4	Genogram dan keterangan	42
Tabel 3.1	Kebiasaan sehari hari	44
Tabel 3.2	Hasil pemeriksaan laboratorium	53
Tabel 3.3	Analisa data	55
Tabel 3.4	Diagnosa Keperawatan	57
Tabel 3.5	Intervensi Keperawatan	58
Tabel 3.6	Impelemtasi keperawatan	63
Tabel 3.7	Evaluasi Keperawatan	69

## DAFTAR LAMPIRAN

No Gambar	Judul
Lampiran 1	Dokumentasi Kegiatan
Lampiran 2	Lembar Konsul
Lampiran 3	Biodata

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hemoroid dikenal masyarakat sebagai penyakit wasir atau ambeien, merupakan penyakit yang sering dijumpai, dan telah ada sejak jaman dahulu, namun banyak masyarakat yang belum mengerti bahkan tidak tahu mengenai gejala dan komplikasi yang timbul dari penyakit ini. Menurut data WHO, jumlah penderita hemoroid di dunia pada tahun 2008 mencapai lebih dari 230 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 350 juta jiwa pada tahun 2030. Angka kejadian hemoroid terjadi di seluruh negara, dengan presentasi 54% mengalami gangguan hemoroid. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan di Indonesia pada tahun 2009 diperoleh 355 rata-rata kasus hemoroid dari rumah sakit di 33 provinsi,( sekarlina, 2017).

Di Indonesia sendiri penderita hemoroid terus bertambah. Menurut data Depkes tahun 2008, prevalensi hemoroid di Indonesia adalah 5,7 persen, namun hanya 1,5 persen saja yang terdiagnosa.<sup>4</sup> Jika data Riskesdas (riset kesehatan dasar) 2007 menyebutkan ada 12,5 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami hemoroid, maka secara epidemiologi diperkirakan pada tahun 2030 prevalensi hemoroid di Indonesia mencapai 21,3 juta orang, ( Rezkita 2019)

Berdasarkan data tahun 2016 kasus operasi Hemoroid di rumah sakit Curup di ruang rawat inap 20 kasus, di ruang rawat jalan 74 kasus. Tahun 2017 kasus Hemoroid di ruang rawat inap 22 kasus, di ruang rawat jalan 95 kasus. Tahun 2018 kasus Hemoroid di ruang rawat inap 18 kasus, di ruang rawat jalan 74

kasus, Tahun 2019 kasus Hemoroid di ruang inap 32 kasus, di ruang rawat jalan 80 kasus, Tahun 2020 Hemoroid di ruang inap 17, di ruang rawat jalan 93.

*Post operasi hemoroid* memiliki resiko dampak komplikasi, salah satu dampak dari tindakan operasi yaitu nyeri. Dengan adanya luka bekas operasi *hemoroid* menimbulkan nyeri pada bekas luka operasi pasien . Masalah keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien *post operasi hemoroid* yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, dan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit (Hidayat,S. 2019).

Salah satu cara yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri pada pasien *post operasi hemoroid* yaitu teknik relaksasi tarik napas dalam. Metode relaksasi tarik napas dalam memiliki manfaat mengurangi rasa nyeri kronis yang dirasakan oleh pasien. Dengan menerapkan Teknik relaksasi Tarik napas dalam pada pasien *post operasi hemoroid* secara teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis (Hidayat,S. 2019).

Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan mampu ikut serta dalam upaya melakukan perawatan melalui upaya preventif, promotor, kuratif dan rehabilitative,( Natasa, 2019).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Pada rumusan masalah diatas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah fokus asuhan keperawatan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien *Hemoroid* di RSUD Curup tahun 2022.

### 1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan umum

Mendapatkan gambaran implementasi asuhan keperawatan pada pasien *Hemoroid* di ruang anggrek RSUD Curup.

2. Tujuan khusus

- a. mampu melakukan proses pengkajian dan analisa pada pasien dengan *Hemoroid* Di RSUD Curup.

- b. mampu merumuskan diagnosa keperawatan dari data yang didapat dari pasien dengan *Hemoroid* dirumah sakit daerah Curup.

- c. mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *Hemoroid*.

- d. mampu menerapkan dari rencana asuhan keperawatan implementasi pada pasien dengan *Hemoroid*

- e. mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan *Hemoroid*.

### 1.4 Manfaat

1. Bagi Penulis

Setelah menyelesaikan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai penyebab serta upaya pencegahan *Hemoroid*.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Dapat menambah wawasan dan informasi dalam penanganan *Hemoroid* sehingga dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan atau referensi pelajaran tentang *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 hemorrhoidalis. Hemoroid eksterna adalah pelebaran vena yang berada dibawah kulit (subkutan) di bawah atau luar linea dentate. Hemoroid interna adalah pelebaran vena yang berada dibawah mukosa (submukosa) diatas atau di dalam linea dentate. (Sudoyo Aru,dkk 2009 dalam yoga prazanda asda 2019).

*Hemoroid* adalah varikosis akibat pelebaran (dilatasi) pleksus vena hemorrhoidalis interna. Mekanisme terjadinya hemoroid belum diketahui secara jelas. Hemoroid berhubungan dengan konstipasi kronis disertai penarikan feces. Pleksus vena hemorrhoidalis interna terletak pada rongga submukosa di atas valvula morgagni. Kanalis anal memisahkannya dari pleksus vena hemorrhoidalis eksterna, tetapi kedua rongga berhubungan di bawah kanalis anal, yang submukosanya melekat pada jaringan yang mendasarinya untuk membentuk depresi inter hemorrhoidalis. Hemoroid sangat umum dan berhubungan dengan peningkatan tekanan hidrostatik pada system porta, seperti selama kehamilan, mengejan waktu berdefekasi, atau dengan sirosis hepatis. (Isselbacher, 2000 dalam yoga prazanda asda 2019).

Pada sirosis hepatic terjadi anatomosis normal antara system vena sistemik dan portal pada daerah anus mengalami pelebaran. Kejadian ini biasa

terjadi pada hipertensi portal. Hipertensi portal menyebabkan peningkatan tekanan darah (>7 mmHg) dalam vena portal hepatica, dengan peningkatan darah tersebut berakibat terjadinya pelebaran pembuluh darah vena di daerah anus. (Underwood, 1999)

Hemorrhoides atau wasir merupakan salah satu dari gangguan sirkulasi darah. Gangguan tersebut dapat berupa pelebaran (dilatasi) vena yang disebut venectasia atau varises daerah anus dan perianus yang disebabkan oleh bendungan dalam susunan pembuluh vena. Hemorroid disebabkan oleh obstipasi yang menahun dan uterus gravidus, selain itu terjadi bendungan sentral seperti bendungan susunan portal pada cirrhosis hati, herediter atau penyakit jantung kongestif, juga pembesaran prostat pada pria tua, atau tumor pada rectum. (Bagian Patologi F.K.UI, 1999 dalam yoga prazanda asda 2019).

### 2.1.2 Etiologi

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

1. Mengedan pada buang air besar (BAB) yang sulit
2. Pola buang air besar yang salah (lebih banyak menggunakan jamban duduk, terlalu lama duduk di jamban sambil membaca, merokok)
3. Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor (tumor udud, tumor abdomen)

4. Kehamilan (disebabkan tekanan jenis pada abdomen dan perubahan hormonal)
5. Usia tua
6. Konstipasi kronik
7. Diare akut yang berlebihan dan diare kronik
8. Hubungan seks peranal
8. Kurang minum air dan kurang makan-makanan berserat (sayur dan buah buahan)
9. Hubungan seks peranal
10. Kurang olahraga/imobilisasi

### 2.1.3 Manifestasi Klinis Hemoroid

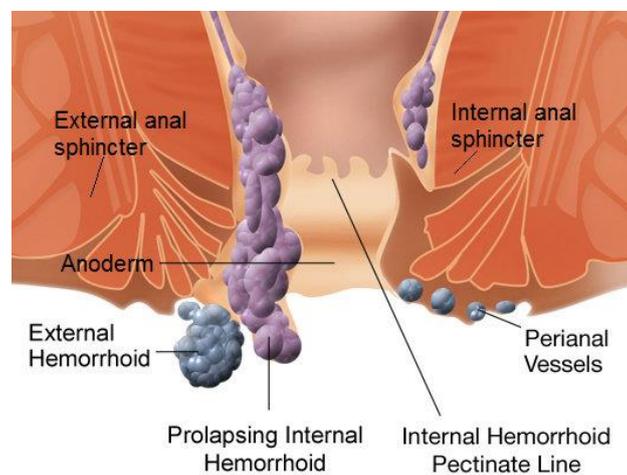
Hemoroid menyebabkan tanda dan gejala:

1. Perdarahan - biasanya defekasi, warna merah segar, menetes, tidak bercampur feses, jumlah bervariasi.
2. Prolaps - bila hemoroid bertambah besar, pada mulanya hemoroid dapat tereduksi spontan, tetapi lama kelamaan tidak bisa dimasukkan.
3. Rasa tidak nyaman hingga nyeri - bila terenggang, terdapat thrombosis luas dengan edema, atau peradangan.
4. Feses yang di paksa dalam - karena hemoroid mencegah penutupan anus dengan sempurna.
5. Gatal - apabila proses pembersihan kulit perinal menjadi sulit atau

apabila ada cairan keluar.

6. Bengkak - hanya pada hemoroid internal dan eksternal
7. Nekrosis pada hemoroid interna yang prolaps dan tidak dapat di reduksi kembali (Wibisono & Saditya jeo 2014 dalam yoga prazanda asda 2019).

#### 2.1.4 Anatomi fisiologi



Gambar 1 (Alvarezi 2017 )

<https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-wasir-atau-ambeien-hemoroid-grade-1-2/13508>

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

adanya kontraksi di dinding otot perut yang diikuti dengan mengendurnya otot spingter anus dan kontraksi kolon serta rektum. Akibatnya feses dapat terdorong ke luar anus.

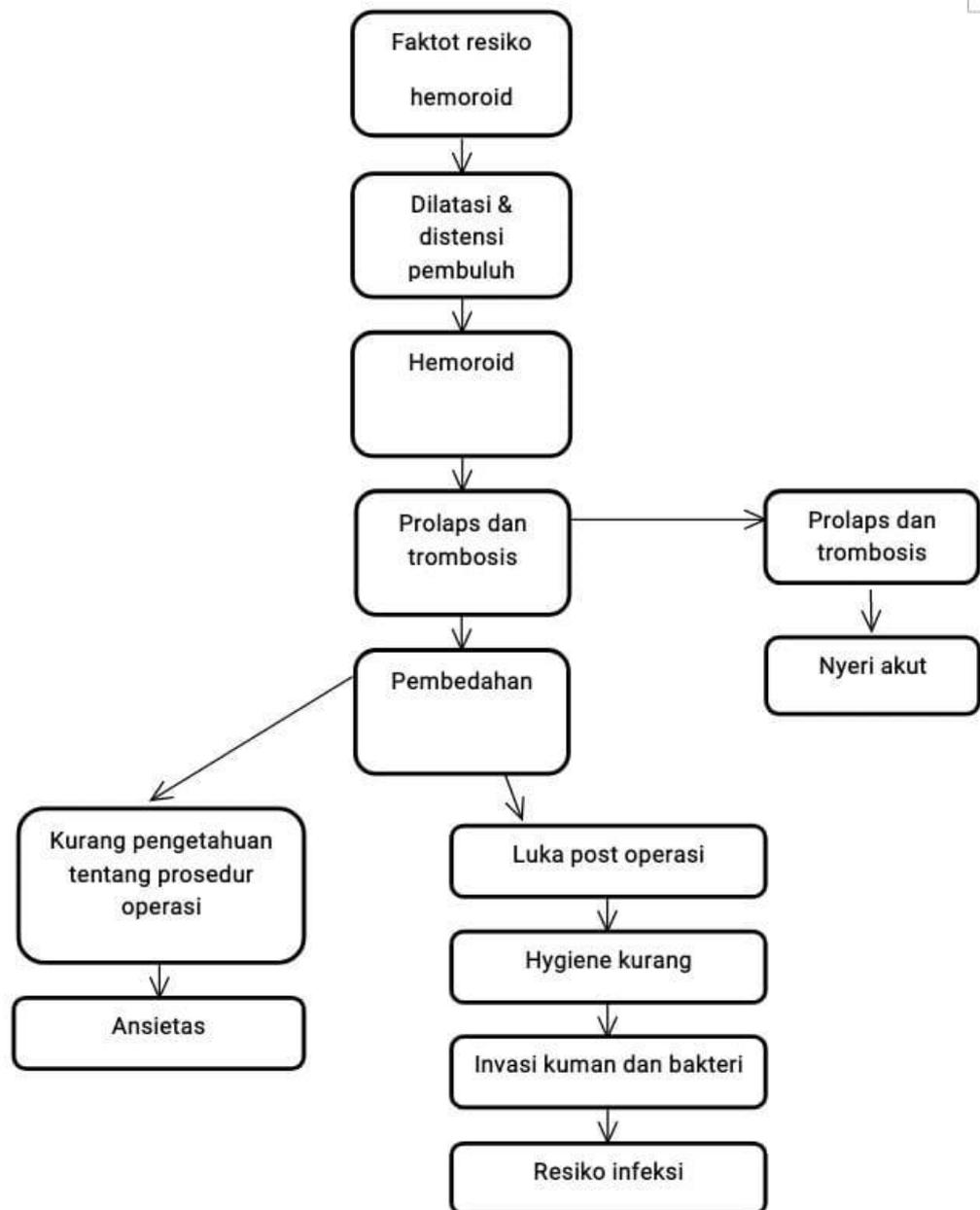
Hemoroid dibedakan antara yang interna dan eksterna. Hemoroid interna adalah pleksus vena hemoroidalis superior di atas linea dentate/garis mukokutan dan ditutupi oleh mukosa. Hemoroid interna ini merupakan bantalan vaskuler di dalam jaringan submukosa pada rectum sebelah bawah. Seringhemoroid terdapat pada tiga posisi primer, yaitu kanan depan, kanan belakang, dan kiri lateral. Hemoroid yang lebih kecil terdapat di antara ketiga letak primer tersebut. Hemoroid eksterna yang merupakan pelebaran dan penonjolan pleksus hemoroid inferior terdapat di sebelah distal linea dentate/garis mukokutan di dalam jaringan di bawah epitel anus (Wibisono & Sadya jeo 2014 dalam yoga prazanda asda 2019).

#### 2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi yang tepat dari hemoroid masih belum diketahui. Namun, saat ini dianggap bahwa hemoroid dihasilkan dari bantal anal yang tidak normal dan padat. Konsep pembentukan hemoroid diperoleh dari pergeseran bantal anal dan prolaps rektum. Selain itu, kelainan vaskular juga berkontribusi pada perkembangan perubahan patologis dan kejadian hemoroid (Kestránek, 2019).

Mekanisme patofisiologi hemoroid telah dideskripsikan sebagai disintegrasi atau kerusakan jaringan pendukung perianal yang mana kerusakan jaringan pendukung ini akan menyebabkan pergeseran bantal anal. Struktur dasar dari jaringan pendukung perianal adalah serat elastis, kolagen, dan ligamentum treitz. Serat elastis memberikan elastisitas pada bantal anal, sementara kolagen dan otot polos sebagai kekuatan tariknya. Pergeseran bantal anal dapat membahayakan drainase vena yang mengarah ke venodilatasi pleksus hemoroidalis. Prolaps rektum dapat mengganggu fiksasi jaringan pendukung bantal anal ke dinding rektum. Prolaps rektum internal dengan derajat tinggi biasanya menyebabkan beberapa gejala, seperti tegang dan terlalu sering BAB. Hal tersebut yang dapat mengakibatkan terjadinya prolaps hemoroid. Kelainan vaskular dan disregulasi vaskular di daerah bantal anal mungkin berhubungan dengan pembentukan hemoroid. Beberapa mekanisme bertanggung jawab atas aliran darah anorektal. Ketidakseimbangan antara zat vasokonstriktor dan vasodilator menyebabkan disregulasi vaskular. Pada orang dengan hemoroid, aliran darah arteri rektum superior yang memasok bantal anal secara signifikan lebih tinggi dibandingkan orang normal. Hipertensi vena pleksus hemoroidalis yang mungkin disebabkan oleh drainase vena yang tidak mencukupi bisa menjadi penyebab lain pembentukan hemoroid.

## 2.1.6 WOC



### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hemoroid adalah :

- a. Pemeriksaan fisik yaitu inspeksi dan rektaltouche (colok dubur).

Pada pemeriksaan colok dubur, hemoroid interna stadium awal tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak terlalu tinggi dan biasanya tidak nyeri. Hemoroid dapat diraba apabila sangat besar. Apabila hemoroid sering prolaps, selaput lendir akan menebal. Trombosis dan fibrosis pada perabaan terasa padat dengan dasar yang lebar. Pemeriksaan colok dubur ini untuk menyingkirkan kemungkinan karsinoma rektum.

- b. Anoskopy.

Dengan cara ini dapat dilihat hemoroid internus yang tidak menonjol keluar. Hemoroid interna terlihat sebagai struktur vaskuler yang menonjol ke dalam lumen. Apabila penderita diminta mengejan sedikit maka ukuran hemoroid akan membesar dan penonjolan atau prolaps akan lebih nyata. Banyaknya benjolan, derajatnya, letak ,besarnya dan keadaan lain dalam anus seperti polip, fissura ani dan tumor ganas harus diperhatikan.

- c. Pemeriksaan Proktosigmoidoskopi

Proktosigmoidoskopi perlu dikerjakan untuk memastikan keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau proses

keganasan di tingkat

tinggi, karena hemoroid merupakan keadaan fisiologik saja atau tanda yang menyertai. Feses harus diperiksa terhadap adanya darah samar.

d. Sklerotrapi

Sklerotrapi adalah penyuntikan larutan kimia yang merangsang, misalnya 5% fenol dalam minyak nabati. Penyuntikan diberikan ke submukosa didalam jaringan areolar yang longgar dibawah hemoroid internal dengan tujuan menimbulkan peradangan steril yang kemudian menjadi fibrotic dan meninggalkan jaringan parut.

e. Ligasi

Pada hemoroid besar dan mengalami prolaps dapat di tangani dengan ligasi gelang karet. Dengan bantuan anuskop, mukosa diatas hemoroid yang menonjol dijepit dan ditarik atau dihisap kedalam tabung ligator khusus. Gelang karet didorong dari ligator dan ditempatkan secara tepat di sekeliling mukosa pleksus hemoroidalis tersebut.

f. Hemoroidektomi

Intervensi ini dilakukan pada pasien dengan keluhan kronis dan dengan stadium III dan stadium IV.

g. Rontgen (colon inloop) atau Kolonoskopy Laboratorium Eritrosit, Leukosit, Hb.

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, penatalaksanaan nyeri yang efektif juga mengkombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan. Berdasarkan buku konsep dan keperawatan nyeri, prasetyo, 2010 penatalaksanaan nyeri antara lain :

a. Tindakan farmakologi, dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :

- 1) Anestesi lokal
- 2) Opioid
- 3) *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs* (NSAIDs)

b. Tindakan nonfarmakologi, terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:

1) Membangun hubungan terapeutik perawat dan klien

Terciptanya hubungan terapeutik antara klien dan perawat akan memberikan pondasi dasar terlaksananya asuhan keperawatan yang efektif pada klien yang mengalami nyeri.

2) Bimbingan Antisipasi

Menghilangkan kecemasan klien sangatlah penting, terlebih apabila dengan timbulnya kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri. Bimbingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, serta memberikan instruksi tentang teknik

menurunkan dan menghilangkan nyeri. Sehingga klien dapat mengatasi nyeri secara mandiri jika sewaktu-waktu nyeri datang.

### 3) Imajinasi terbimbing

adalah upaya untuk menciptakan kesan dalam pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap dapat menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.

### 4) Distraksi

Merupakan tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal yang di luar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri. Distraksi ini meliputi :

- a. Distraksi visual, contohnya : menonton TV dan melihat pemandangan.
- b. Distraksi auditory, contohnya : Mendengarkan suara/musik yang disukai.

### 5) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik

- a. Teknik relaksasi nafas dalam

Salah satu tindakan mandiri yang dapat di laksanakan perawat untuk membantu klien yaitu dengan

menggunakan Manajemen Nyeri untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman. Menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, cara mengurangi nyeri tersebut yaitu dengan menggunakan teknik distraksi dan relaksasi (Menggunakan napas dalam). Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Thahir, Nurlaela, 2018 dalam jurnal “Pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Hemoroid Di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Makassar”. dan pada jurnal Waluyo dan Suminar, 2017 yang berjudul “Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sedang pada pasien Hemoroid di klinik mboga sukoharjo”. Sesuai hasil penelitian tersebut, penurunan nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimuli mekanik, kimia, termal dan elektrik menjadi potensial aksi yang di jalarkan kesistem saraf pusat. Tujuan relaksasi nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan

ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot

pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas. Sehingga nyeri yang dirasakan pada pasien gastritis akan berkurang. Prosedur napas dalam diantaranya yaitu, menganjurkan pasien duduk rileks, kemudian tarik nafas dalam dengan pelan, tahan beberapa detik, kemudian lepaskan (tiupkan melalui bibir). Saat menghembuskan udara anjurkan klien untuk merasakan relaksasi

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hemoroid

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah & Walid,2009).

Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi :

#### a. Pengumpulan Data

##### 1) Identitas

Identitas klien mencakup : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, status, alamat, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis. Selain identitas pasien juga mencakup identitas penanggung jawab dalam hal ini : nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan serta hubungan dengan pasien seperti : suami, orang tua atau hubungan keluarga lainnya.

##### 2) Riwayat Kesehatan

###### a) Keluhan Utama

Merupakan keluhan pada saat dikaji dan bersifat subjektif. Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri pada anus

terutama saat defekasi.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan mengajukan serangkaian pertanyaan secara PQRSST, yaitu:

P = Paliatif/propokatif

Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri apabila banyak bergerak dan berkurang apabila istirahat/berbaring.

Q = Quality/quantity

Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri bagian anus yang sangat perih seperti diiris pisau.

R = Region/radiasi

Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri pada bagian anus dan tidak menyebar.

S =Severity/scale

Pada pasien post operasi hemoroidektomi skala nyeri yang dirasakan 1-10 (0-10).

Table 2.1 Skala Penilaian Nyeri

N o	Skala	Kriteria
1	0	Tidak nyeri
2	1-3	Nyeri tanpa gangguan istirahat
3	4-6	Nyeri dengan tidak nyaman
4	7-9	Nyeri dirasakan saat perubahan posisi
5	10	Nyeri tidak tertahankan

(Sumber: <https://www.google.com/amp/s/doktersehat.com/skalanyeri/amp/>)

T = Timing

Pada pasien post operasi hemoroidektomi klien akan mengeluh nyeri setiap kali bergerak.

c) Riwayat Kesehatan Lalu

Pada tahap ini dikaji riwayat kesehatan masa lalu klien. Apakah klien pernah mengalami faktor yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya. Riwayat peradangan pada usus, dan riwayat diet rendah serat. Klien juga ditanyakan apakah pernah menggunakan obat terutama untuk pengobatan hemoroid sebelumnya.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada tahap ini dikaji tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan

Diabetes Melitus, ataupun penyakit Hemoroid.

3) Data Biologis

a) Pola Nutrisi

Pada pasien post operasi hemoroidektomi tidak akan ditemukan adanya gangguan pola nutrisi.

b) Pola Eliminasi

Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan terdapat keengganan untuk BAB sehingga terjadi konstipasi.

c) Pola Istirahat / Tidur

Pada pasien post operasi hemoroidektomi pola istirahat tidurnya akan terganggu hal ini berkaitan dengan rasa nyeri pada daerah anus.

d) Pola Personal Hygiene

Kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut dan memotong kuku, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

e) Pola Aktivitas

Kaji kebiasaan aktivitas yang dilakukan selama di rumah sakit

: mandiri / tergantung.

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat perawatan klien. Adapun tujuan dari pemeriksaan fisik dalam keperawatan adalah untuk menentukan status kesehatan klien, mengidentifikasi kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana perawatan.

##### a) Sistem Respirasi

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, bentuk dada, pergerakan dada apakah simetris atau tidak, frekuensi dan irama nafas.

##### b) Sistem Kardiovaskuler

Dikaji mulai dari warna konjungtiva, warna bibir, tidak ada pengingkatan JVP, peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, penurunan atau peningkatan tekanan darah.

##### c) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan dikaji dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, turgor kulit kembali lagi.

Adakah lesi pada daerah abdomen, Pada auskultasi bising usus pada akan menurun lebih dari 6-7 kali/menit, pada perkusi abdomen akan terdengar bunyi dullnes.

d) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi atau tidak.

e) Sistem Neurologis

Secara umum pada kasus hemoroid tidak mengalami gangguan, namun gangguan terjadi karna adanya nyeri sehingga perlu dikaji tingkat skala (0-10) serta perlu dikaji tingkat GCS dan pemeriksaan fungsi syraf cranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi.

f) Sistem integumen

Pada klien post hemoroid akan ditemukan kelainan integument karna adanya luka insisi pada daerah anus, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya tanda radang di daerah terkena adalah ada atau tidaknya lesi dan kemerah-merahan, pengukuran suhu untuk mengetahui adanya infeksi.

g) Sistem endokrin

Dalam sistem ini perlu dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

h) Sistem Musculoskeletal

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

i) Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan mata harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan, odema atau tidak.

5) Data Psikologis

Data yang perlu dikaji adalah :

a) Body

Image

Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

b) Ideal Diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan, keinginan, atau nilai pribadi.

c) Identitas Diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri.

d) Peran Diri

Seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.

6) Data Sosial dan Budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi, hubungan sosial, gaya hidup, faktor sosiokultural.

7) Data Spiritual

Menyangkut agama serta aktifitas spiritual, dan juga menyangkut keyakinan, penolakan, atau penerimaan terhadap tindakan medis. Misalnya Agama dan kepercayaan tertentu yang melarang dengan keras penganutnya untuk melakukan tindakan operasi.

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan respons dari individu atau kelompok ketika perawat secara legal mengidentifikasi dan dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2009).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencerdera fisiologi
2. Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpar informasi
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

### 2.3. Rencana Keperawatan

Tabel.2.1 Intervensi Keperawatan

N O	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencerdera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p><b>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</b></p> <p>a. dipertahankan pada level... b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkat</li> </ol> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu menuntaskan aktivitas meningkat 1/2/3/4/5</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun 1/2/3/4/5</li> <li>3. Meringis menurun 1/2/3/4/5</li> </ol>	<p>Intervensi utama :</p> <p><b>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</b></p> <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 respons nyeri non verbal</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</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang</li> </ol>

		<p>4. Sikap protektif menurun 1/2/3/4/5</p> <p>5. Gelisah menurun 1/2/3/4/5</p> <p>6. Kesulitan tidur 1/2/3/4/5</p> <p>7. Diaforesis menurun 1/2/3/4/5</p> <p>8. Perasaan depresi menurun 1/2/3/4/5</p> <p>9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 1/2/3/4/5</p> <p>10. Anoreksia menurun 1/2/3/4/5</p> <p>11. Perineum terasa tertekan menurun 1/2/3/4/5</p> <p>12. Ketegangan otot menurun 1/2/3/4/5</p> <p>13. Frekuensi nadi membaik 1/2/3/4/5</p> <p>14. Pola nafas membaik, 1/2/3/4/5</p> <p>15. Tekanan darah membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik relaksasi pernafasan)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></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 non farmakologis ( teknik relaksasi pernafasan)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	<p>Ansietas berhubungan dengan kurangnya terpapar</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p><b>SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</b></p>	<p>Intervensi utama</p> <p><b>SIKI : Terapi relaksasi ( pernafasan) I.09326</b></p>

	informasi	<p>a. dipertahankan pada level... b. Ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkat</li> </ol> <p>Dengan Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun 1/2/3/4/5</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 1/2/3/4/5</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun 1/2/3/4/5</li> <li>4. Perilaku tegang menurun 1/2/3/4/5</li> <li>5. Keluhan pusing menurun 1/2/3/4/5</li> <li>6. Palpitasi menurun 1/2/3/4/5</li> <li>7. Frekuensi nafas menurun 1/2/3/4/5</li> <li>8. Frekuensi nadi menurun 1/2/3/4/5</li> <li>9. Tekanan darah menurun 1/2/3/4/5</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya.</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis</li> </ol>
--	-----------	---	--

		<p>10. Tremor menurun 1/2/3/4/5  11. Pucat menurun 1/2/3/4/5  12. Konsentrasi membaik 1/2/3/4/5  13. Perasaan keberdayaan membaik 1/2/3/4/5</p>	<p>relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi autogenik)  2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih  3. Anjurkan mengambil posisi nyaman  4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi  5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih  Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi pernafasan)</p>
3	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubu primer (kerusakan integritas kulit)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang  <b>SLKI : Integritas Kulit Dan Jaringan</b>  <b>L.14125</b>  a. dipertahankan pada level...  b. ditingkatkan pada level...  Deskripsi Level  1. Menurun  2. Cukup menurun  3. Sedang  4. Cukup meningkat  5. Meningkat  Dengan Kriteria Hasil</p>	<p>Intervensi utama  <b>SIKI : Pencegahan infeksi</b>  <b>I.14539</b>  Observasi  1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik  Terapeutik  1. Batasi jumlah pengunjung  2. Dukung ibu untuk merikan perawatan kulit pada area yang terkena ketuban pecah  3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat 1/2/3/4/5</li> <li>2. Hidrasi meningkat 1/2/3/4/5</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat 1/2/3/4/5</li> <li>4. Kerusakan jaringan menurun 1/2/3/4/5</li> <li>5. Kerusakan lapisan kulit menurun 1/2/3/4/5</li> <li>6. Nyeri menurun 1/2/3/4/5</li> <li>7. Perdarahan menurun 1/2/3/4/5</li> <li>8. Kemerahan menurun 1/2/3/4/5</li> <li>9. Hematoma menurun 1/2/3/4/5</li> <li>10. Pigmentasi abnormal menurun 1/2/3/4/5</li> <li>11. Jaringan parut menurun 1/2/3/4/5</li> <li>12. Nekrosis menurun 1/2/3/4/5</li> <li>13. Suhu kulit membaik 1/2/3/4/5</li> <li>14. Sensasi membaik 1/2/3/4/5</li> <li>15. Tekstur membaik 1/2/3/4/5</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etik batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa adanya bekas luka atau tidak saat induksi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi,jika perlu</p>
--	--	---	--

## 2.4 Implementasi Keperawatan

### A. Konsep implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Oleh karena itu, jika intervensi keperawatan yang telah dibuat dalam perencanaan dilaksanakan atau diaplikasikan pada pasien, maka tindakan tersebut disebut implementasi keperawatan.

### B. hasil publikasi implementasi

Relaksasi dapat digunakan dalam episode nyeri akut maupun kronik untuk menurunkan nyeri. Biasanya dibutuhkan 5-10 sesi pelatihan sebelum klien dapat meminimalkan nyeri secara efektif. Pasien yang sudah mengetahui tentang teknik relaksasi mungkin hanya perlu diingatkan kembali untuk menggunakan teknik tersebut untuk mengurangi atau mencegah meningkatnya nyeri. Tujuan pokok relaksasi adalah untuk membantu orang menjadi rileks, dan dengan demikian memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisik (Hidayat,S.2019).

### C. Pengertian Hemoroid

Hemoroid mempunyai sinonim piles, ambeien, wasir, atau southernpole disease dalam istilah dimasyarakat umum. Keluhan penyakit ini antara lain : rasa sakit dan sulit buang air besar, dubur terasa panas, serta adanya benjolan di dubur, perdarahan melalui dubur dan lainlain. Sejak dulu hemoroid hanya diobati oleh dukun-

dukun wasir dan dokter bedah. Akan tetapi akhir-akhir ini karena kasusnya semakin banyak semua dokter diperbolehkan menangani hemoroid. Hemoroid memiliki faktor resiko cukup banyak, diantaranya adalah : kurang mobilisasi, lebih banyak tidur, konstipasi, cara BAB yang tidak benar, kurang minum air, kurang makanan berserat (sayur dan buah), faktor genetika atau keturunan, kehamilan, penyakit yang meningkatkan intra abdomen (tumor abdomen, tumor usus), sirosis hati. Penatalaksanaan hemoroid dibagi atas penatalaksanaan secara medik dan bedah tergantung dari derajatnya.

Bahkan hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer dan Bare, 2002).

Relaksasi dapat digunakan dalam episode nyeri akut maupun kronik untuk menurunkan nyeri. Biasanya dibutuhkan 5-10 sesi pelatihan sebelum klien dapat meminimalkan nyeri secara efektif. Pasien yang sudah mengetahui tentang teknik relaksasi mungkin hanya perlu diingatkan kembali untuk menggunakan teknik tersebut untuk mengurangi atau mencegah meningkatnya nyeri. Tujuan pokok relaksasi adalah untuk membantu orang menjadi rileks, dan dengan demikian memperbaiki berbagai aspek kesehatan fisik.

#### D. pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan secara berulang akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien post operasi hemoroid. Adanya rasa nyaman inilah yang akhirnya akan meningkatkan toleransi seseorang terhadap nyeri. Orang yang memiliki toleransi nyeri yang baik akan mampu beradaptasi terhadap nyeri dan akan memiliki mekanisme coping yang baik pula.

#### E. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurut McCaffery (1989) dalam Arwan (2011), bahwa relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot, Teori lain yang mendukung bahwa teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri adalah teori Huges dkk (1975). Menurutnya dalam keadaan tertentu tubuh mampu mengeluarkan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin. Zat-zat tersebut memiliki sifat mirip morfin dengan efek analgetik yang membentuk suatu “sistem penekan nyeri”. Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu keadaan yang mampu merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekan nyeri yang akhirnya akan menyebabkan penurunan intensitas nyeri .

## F. Manfaat Teknik Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan secara berulang akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien post operasi hemoroid. Adanya rasa nyaman inilah yang akhirnya akan meningkatkan toleransi seseorang terhadap nyeri. Orang yang memiliki toleransi nyeri yang baik akan mampu beradaptasi terhadap nyeri dan akan memiliki mekanisme coping yang baik pula.

### 2.5 SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam

Tabel 2.3 SOP Teknik Relaksasi Napas Dalam

Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam	
1	2
Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Kebijakan	Dilakukan pada klien dengan Open Fraktur Femur

Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami stres</li> <li>2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif</li> <li>3. Pasien yang mengalami kecemasan</li> <li>4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia</li> </ol>
Pelaksanaan	<p><b>PRA INTERAKSI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca status klien</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol> <p><b>INTERAKSI</b></p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salam : Memberi salam sesuai waktu</li> <li>2. Memperkenalkan diri.</li> <li>3. Validasi kondisi klien saat ini.</li> </ol>
	<p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menjaga privasi klien</li> <li>5. Kontrak.</li> </ol> <p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan</p> <p><b>KERJA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.</li> <li>3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara</li> <li>4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega</li> <li>5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)</li> <li>6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruhan tubuh</li> <li>7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya</li> </ol>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi</li> <li>9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri</li> <li>10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 5 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit</li> </ol> <p><b>TERMINASI</b></p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini</li> <li>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.</li> <li>3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam</li> <li>4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</li> </ol> <p><b>DOKUMENTASI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan</li> </ol>
Sumber	Potter & Perry (2010)

## 2.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

### 1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

### 2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan
2. O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan
3. A (*Assement*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.
4. P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Pasien : Nn. F  
Usia : 19 TH  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Air bang  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Rejang  
Pendidikan : Mahasiswa  
Pekerjaan : -  
Tanggal Masuk RS : 22 Juni 2022  
Tanggal Pengkajian : 22 Juni 2022

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.S  
Usia : 44 Tahun  
Pendidikan : S1  
Pekerjaan : PNS  
Agama : Islam  
Alamat : Air bang

### 3.1.2 Riwayat Keperawatan

#### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan Saat Ini : pada saat dikaji tanggal 22 Juni 2022 jam 19.00

WIB

diruangan Anggrek, setelah tindakan post operasi , pada saat

pengkajian pasien mengatakan nyeri di bagian post operasi

seperti di tusuk tusuk dengan skala nyeri 6, muncul hilang

timbul. klien mengatakan sulit bergerak dan nyeri meningkat saat melakukan pergerakan.

- b. Keluhan Kronologis

1) Faktor Pencetus : post operasi Hemoroid

2) Timbulnya Keluhan : Nyeri bagian post operasi

3) Lamanya :  $\pm$  2 menit

- c. Skala Pengkajian PQRST

1) P (Provokatif/Paliatif) : post operasi hemoroid

2) Q (Qualitas/Quantitas) : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk

3) R (Region/Radiasi) : pasien mengatakan nyeri di bagian anus sampe ke pinggaul

4) S (Skala Severitas) : Skala nyeri 6

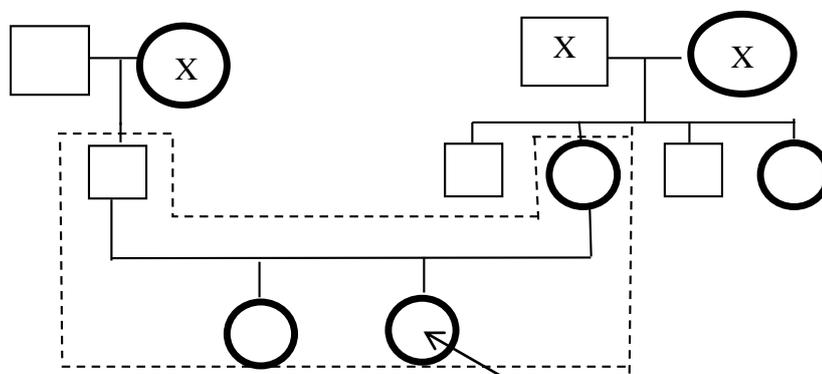
5) T (Timing) : Hilang timbul

## 2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

- a. Riwayat Alergi : Pasien tidak ada alergi
- b. Riwayat Kecelakaan : Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan
- c. Riwayat Dirawat di RS: pasien tidak pernah dirawat di RS sebelumnya
- d. Riwayat Operasi : Pasien tidak pernah operasi
- e. Riwayat Pemakaian Obat: Pasien tidak pernah menggunakan obat-obatan
- f. Riwayat Merokok : pasien tidak merokok

## 3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan)

☒ Genogram :



Keterangan:

- = Laki-Laki
- = Perempuan
- ⊗ = Laki-Laki meninggal
- ⊗ = Perempuan meninggal
- ↗ = Pasien

--- = Tinggal serumah

4. Penyakit Yang Pernah Diderita : Tidak ada

5. Riwayat Psikososial dan Spritual:

- a. Adanya Orang Terdekat : Pasien dekat dengan orang tua nya
- b. Interaksi Dalam Keluarga:
  - 1) Pola Komunikasi : Pasien mengatakan komunikasi dalam anggota keluarga baik.
  - 2) Pembuatan Keputusan :Pasien mengatakan pengambilan keputusan selalu dilakukan dengan bermusyawarah antar anggota keluarga.
  - 3) Kegiatan Kemasyarakatan :Pasien mengatakan mengikuti kenggotan di kampus nya.
- c. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga : Keluarga menjadi cemas terhadap penyakit yang diderita oleh pasien.
- d. Masalah yang mempengaruhi :Pasien tidak bebas beraktivitas seperti biasanya, karena masih ada rasa nyeri di bagian sudah di operasi
- e. Persepsi pasien terhadap penyakitnya
  - 1) Hal yang sangat dipikir : Pasien memikirkan tentang penyakit yang dialaminya, pasien bertanya tentang penyakit yang dialami pasien sekarang.

- 2) Harapan setelah menjalani perawatan : Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakitnya supaya ia bisa beraktivitas seperti sebelum sakit.
- f. Perubahan yang dirasakan setelah sakit : Pasien mengatakan memutuskan untuk memakan makan yang beserat banyak agar tidak terjadi seperti ini .
- 1) Nilai-nilai yang berhubungan dengan kesehatan : Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan.
- 2) Aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan: Pasien beragama islam, sebelum sakit pasien sholat 5 waktu, dan setelah jatuh sakit pasien tidak menjalankan sholat 5 waktu karena keterbatasan fisik dan keluarga selalu berdoa untuk kesembuhan penyakit yang diderita pasien sekarang.
- g. Pola kebiasaan

### 3.1 Tabel Pola Kebiasaan Sehari-Hari

No.	Hal yang dikaji	Pola Kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat pengkajian post operasi
1.	Pola Nutrisi:		
	a. Frekuensi makan	3x/hari	Belum ada makan
	b. Nafsu makan Baik/tidak,	Nafsu makan baik	Tidak ada
	c. Porsi makan yang dihabiskan	1 Porsi	Tidak ada

	<p>d. Makan yang tidak disukai</p> <p>e. Makanan yang membuat alergi</p> <p>f. Penggunaan obat-obatan sebelum makan</p> <p>g. Penggunaan alat bantu (NGT, dll)</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada makanan yang membuat alergi</p> <p>Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan</p> <p>Tidak ada penggunaan alat bantu seperti NGT, dll</p>	<p>Tidak ada makanan yang membuat alergi</p> <p>Tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan</p> <p>Tidak ada penggunaan alat bantu seperti NGT, dll.</p>
2.	<p>Pola Eliminasi</p> <p>a. BAK:</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Warna</p> <p>3) Keluhan</p> <p>4) Penggunaan Alat Bantu (kateter, dll)</p> <p>b. BAB:</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Waktu</p> <p>3) Warna</p> <p>4) Konsistensi</p> <p>5) Keluhan</p> <p>6) Penggunaan <i>Laxatif</i></p>	<p>6 kali</p> <p>Jernih</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>1 kali</p> <p>Di pagi hari</p> <p>Kuning</p> <p>Lembek</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>3 kali</p> <p>Jernih</p> <p>Tidak ada</p> <p>Pempes</p> <p>Belum ada bab</p>

3.	<p>Pola Personal <i>Hygiene</i></p> <p>a. Mandi</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Waktu</p> <p>b. Oral <i>Hygiene</i></p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Waktu</p> <p>c. Cuci Rambut</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Waktu</p>	<p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2 kali</p> <p>Pagi dan sore</p> <p>2 kali</p> <p>Di pagi dan sore hari</p>	<p>Belum ada mandi</p> <p>Belum ada oral hygiene</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
4.	<p>Pola Istirahat dan Tidur</p> <p>a. Lama Tidur Siang: Jam/Hari</p> <p>b. Lama Tidur Malam: Jam/Hari</p> <p>c. Kebiasaan sebelum tidur</p>	<p>3 Jam</p> <p>8 Jam</p> <p>Menonton TV</p>	<p>2 Jam</p> <p>Belum ada tidur</p> <p>Tidak ada</p>
5.	<p>Kebiasaan Yang mempengaruhi Kesehatan</p> <p>a. Merokok: Ya/tidak</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Jumlah</p> <p>b. Minuman Keras: ya/tidak</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Jumlah</p> <p>3) Lama Pemakaian</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak</p>	<p>Tidak</p> <p>Tidak</p>

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Lemah
- b. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis
- c. *Glasgow Coma Scale* (GCS) : E4 V5 M6, Total : 15
- d. Berat Badan : 45 kg
- e. Tinggi Badan : 158 cm
- f. Tekanan Darah : 120/90 mmHg
- g. Nadi : 100x/Menit, irreguler
- h. Frekuensi Nafas : 20x/Menit
- i. Suhu Tubuh : 36,8<sup>0</sup>C
- j. SpO<sub>2</sub> : 98%

#### 2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi Mata : Simetris antara kanan dan kiri
- b. Kelopak Mata : Tidak ada lesi atau jaringan parut.
- c. Pergerakan Bola Mata : Pergerakan bola mata kiri dan kanan normal.
- d. Konjungtiva : Kanan dan kiri an anemis
- e. kornea : Normal, Tidak ada katarak dimata kiri dan kanan
- f. sclera : An ikterik
- g. pupil :Isokor, baik mata kiri dan kanan dapat menerima rangsangan cahaya dengan baik

- h. Otot-Otot Mata : Mata kiri dan kanan berfungsi dengan baik, dapat mengikuti arah pena yang diberikan oleh perawat
- i. Fungsi Penglihatan : Fungsi penglihatan baik
- j. Tanda-Tanda Radang : Tidak ada tanda-tanda radang pada mata kanan dan kiri
- k. Pemakaian Kaca Mata : Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata
- l. Pemakaian Lensa Kontak : Pasien tidak ada menggunakan lensa mata.
- m. Reaksi Terhadap Cahaya : Pupil mata kiri dan kanan pasien mengecil disaat diberikan rangsangan cahaya.

### 3. Sistem Pendengaran

- a. Daun Telinga : Normal, tidak ada lesi, simetris antara kanan dan kiri
- b. Kondisi telinga tengah : Tidak ada tanda radang
- c. cairan dari telinga : Tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien
- d. perasaan penuh ditelinga : Tidak ada perasaan penuh dalam telinga pasien
- e. Tinnitus : Tidak ada gangguan tinnitus
- f. fungsi pendengaran : Fungsi pendengaran pasien masih

baik/normal.

- g. gangguan keseimbangan : Tidak ada
- h. pemakaian alat bantu : Pasien tidak ada memakai alat bantu pendengaran

#### 4. Sistem Pernafasan

- a. Jalan nafas : Tidak ada sumbatan jalan nafas
- b. Penggunaan otot bantu : Pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan
- c. Frekuensi : 20x/Menit
- d. Irama : Normal
- e. Jenis Pernafasan : normal
- f. Batuk : Tidak ada
- g. Sputum : Sputum tidak ada
- h. Terdapat darah : Tidak ada perdarahan
- i. Suara nafas : vesikuler

#### 5. Sistem Kardiovaskuler

- a. Sirkulasi Perifer
  - 1) frekuensi nadi : 100x/menit
    - a) irama : Irreguler
  - 2) Distensi Vena Jugularis
    - a) Kanan : Tidak ada
    - b) Kiri : Tidak ada
    - c) Temperature Kulit : 36,8°C

- 3) Warna Kulit : Putih
- 4) Edema : Tidak ada
- 5) Capillary Refill Time (CRT) : kembali < 3 detik

b. Sirkulasi Jantung

- 1) Irama : Reguler/teratur
- 2) Sakit Dada : tidak ada

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

- 1) Pucat : Pasien tidak pucat
- 2) Perdarahan : Tidak ada perdarahan pada pasien

7. Sistem Saraf Pusat

a. Keluhan Sakit Kepala : Pasien mengatakan tidak ada keluhan sakit kepala

b. tanda-tanda peningkatan TIK : Tidak ada

c. gangguan sistem persarafan : Tidak ada

d. pemeriksaan reflek

- 1) reflek fisiologis : Normal/Baik
- 2) reflek patologis : Normal/Baik

8. sistem pencernaan

a. keadaan mulut

- 1) gigi : Lengkap.
- 2) gigi palsu : Pasien tidak menggunakan gigi palsu
- 3) stomatitis : Pasien tidak mengalami stomatitis

- 4) lidah kotor : Tidak ada
- b. Mukosa Bibir : Mukosa bibir pasien lembab
- c. Anus : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi
- d. Konsistensi feses : Lembek
- e. Konstipasi : Tidak ada
- f. Hepar dan limfa : Tidak teraba
- g. Abdomen
  - 1) Inspeksi : Tidak ada bekas operasi, simetris.
  - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.
  - 3) Auskultasi : Bising usus normal 12 x/menit.
  - 4) Perkusi : Timpani

#### 9. sistem endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
- b. Nafas berbau keton : Nafas pasien tidak berbau keton
- c. Luka ganggren : Tidak ada luka ganggren

#### 10. sistem urogenital

- a. Perubahan pola kemih : Tidak ada perubahan pola kemih  
BAK : 3 kali  
Warna : Jernih
- b. Distensi/ketegangan  
kandung kemih : Tidak terjadi distensi pada kandung kemih
- c. Keluhan sakit pinggang : Terdapat nyeri di pinggang

d. Skala nyeri : 6

#### 11. Sistem integumen

a. Turgor kulit : Elastis

b. Warna kulit : Putih

c. Keadaan kulit : Lembab, berkeringat.

1) Luka, Lokasi : Tidak ada

2) Insisi operasi, lokasi : Tidak ada

3) Kondisi : Baik

4) Gatal-gatal : Tidak ada

5) Kelainan pigmen : Tidak ada

6) Dekubitus, lokasi : Tidak ada

d. Kelainan kulit : Tidak ada

e. Kondisi kulit daerah : Baik, Tidak ada kelainan

#### 12. sistem muskuloskeletal

a. Kesulitan dalam pergerakan : Tidak ada kesulitan, lemah

b. sakit tulang, sendi, kulit : terkadang terasa nyeri di lutut

c. fraktur : Tidak ada

1) lokasi : Tidak ada

2) kondisi : Tidak ada

d. keadaan tonus : Baik

e. kekuatan otot :

3	3
3	3

## 13. Ekstremitas

- a. Atas : Baik, terasang infus futrolit 20 tpm di bagian tangan kanan.
- b. Bawah : normal

## 14. Data Penunjang:

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 23 juni 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Kreatinin	0.52	Mg/Dl	L:0,62-1,10 W: 0,45-0,75
Ureum	25	Mg/dL	17-43
Hemoglobin	11.7	g/Dl	L: 13,2-17,3 W: 11,7-15,5
Jumlah Leukosit	6.300	uL	L: 3.800-10.600 W: 3.600-11.000
Jumlah Eritrosit	4.89	Juta/uL	L:4,4-5,9 W: 3,8-5,2
Jumlah Trombosit	317.000	uL	150.000-440.000
Diff Count	1/2/0/45/44/8	%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8
Hematokrit	35	%	L: 40-52 W: 35-47
MCV	72	fL	80-100
MCH	24	Pg	26-34
MCHC	33	g/dL	32-36
Rapid Antigen	Negatif		Negatif

## 3.3 Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

Hari / tanggal	Nama	Dosis obat
Rabu , 22 juni 2022	Infus futrolit	20 tetes/menit

Kamis , 23 juni 2022	Dexketoprofen	50 mg/12 jam
	Floxaris	400 mg/24 jam
	Esomex	40 mg/24 jam
	Infus futrolit	20 tetes/menit
Jumat , 24 Juni 2022	Dexketoprofen	50 mg/12 jam
	Floxaris	400 mg/24 jam
	Esomex	40 mg/24 jam
	Infus futrolit	20 tetes/menit
	Dexketoprofen	50 mg/12 jam
	Floxaris	400 mg/24 jam
	Esomex	40 mg/24 jam

### ANALISA DATA

Nama pasien : Nn. F

No. MR : 237010

Umur : 19 tahun

Ruangan : Anggrek

#### 3.4 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds.</p> <p>Pasien mengatakan pada saat sesudah tindakan post oprasi hemoroid pasien mengeluh nyeri dibagian anus post oprasi hemoroid nyerinya seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6 lamanya nyeri 2 menit hilang timbul.</p> <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak Gelisah</li> <li>- Skala PQRST</li> </ul> <p>P : penyebab nyeri post operasi hemoroid</p> <p>Q : di tusuk tusuk</p> <p>R : bagian anus</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : 5 – 10 menit dan hilang timbul</p>	<p>Agen pecendera fisik</p>	<p>Nyeri akut</p>
2,	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan</li> </ul>	<p>Program perbatasan gerak</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum klien lemah</li> <li>- Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	3	3	3	3		
3	3						
3	3						
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat adanya bekas luka operasi dibagian anus sepanjang <math>\pm 10</math> cm dengan 8 jahitan dan terpasang selang drine bagian abdomen sebelah kiri</li> <li>- Luka tertutup obsite Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi</li> </ul>	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi				



### INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Ny.F  
Umur : 19 tahun

Ruangan : Anggrek  
No RM : 237010

#### 3.6 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil ( Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	<b>SIKI : Manajemen nyeri</b> <b>I.08238</b>  Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

			<ol style="list-style-type: none"> <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</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( teknik relaksasi Tarik napas dalam)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitas istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <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. Ajarkan teknik non farmakologis ( teknik relaksasi Tarik napas dalam)</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</b></p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kecemasan menurun</li> <li>4. Kekuatan otot meningkat</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi</li> <li>4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk)</li> <li>2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik</li> </ol>

			<p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol>
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil :</p> <p><b>SLKI : Tingkat Infeksi</b></p> <p><b>L.14137</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan badan meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>SIKI Pencegahan infeksi</b></p> <p><b>I.14539</b></p> <p>Obsevasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor tanda gejala infeksi dan sistemik</li> </ol> <p>Teraapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. batasi jumlah pengunjung</li> </ol>

		<p>3. Kadar sel darah putih membaik</p>	<p>2. berikan perawatan kulit pada daerah edema</p> <p>3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. .pertahankan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi</p> <p>Edukasi:</p> <p>1. jelaska tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. ajarkan cara memeriksa luka</p> <p>3. anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>kolaborasi pemberian imunisasi</p>
--	--	---	---



		1,2,3	3. Mengukur vital sign	3. TTV: TD:120/90 mmhg N:100 x/m RR: 20 x/m SpO2:98%	
		2 1 1	4. Ijeksi Floxsaris Dexketoprofen esomax	4. Masuk floxsaris 400mg Masuk dexketoprofen 25mg Masuk esomax 40mg	
		2	5. Memonitor tanda gejala infeksi	5.Terdapat kemerahan diarea luka post op	
		2	6.menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan cara memeriksa luka pada keluarga	6.klien tampak mengerti dengan penjelasan perawat dan mampu menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi	
		3	7. mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	7.klien mengatakan tidak ada gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	
		3	8. memonitor pola tidur	8. klien mengatakan belum ada tidur pada saat post op hari pertama	
			9.menganjurkan tirah baring	9.klien merasa nyaman setelah dibantu tirah baring post op 4 jam	

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Resume operan shif malam

Tanggal Rabu 22 juni 2022

NO	JAM	IMPELMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	20:15	Memonitor ttv	TD : 120/81 mmhg , N : 91 x/m, T : 36,3° c, Spo2 : 100%, RR : 22x/m.	PERAWAT RUANGAN
2	20:20	Pemberian Dexketoprofen Floxaris	Masuk Dexketoprofen Floxaris	
3	24:00	Esomex	Esomex melalui ivfd	

2	Kamis ,23 juni 2022		08:00- 14:00	<p>10. ikut melakukan tindakan perawatan luka dan Gp</p> <p>11. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>12. mengajarkan klien teknik relaksasi</p> <p>13. Mengukur vital sign</p> <p>14. Ijeksi Floxsaris Dexketoprofen</p>	<p>10. Perban pada luka pos op terganti dan klien mengatakan lebih nyaman</p> <p>11. Klien mengatakan P : Nyeri pada saat bergerak Q: Nyeri terasa seperti disayat R : Nyeri pada daerah abdomen bawah S : Skala nyeri 4 T: Nyeri sewaktu-waktu dan berulang.</p> <p>12. klien tampak sudah mampu mengatur posisi senyaman mungkin dan mampu mengikuti prosedur teknik relaksasi benson, klien tampak lebih relaks</p> <p>13. TTV: TD:130/90 mmhg N:80 x/m RR: 20 x/m SpO2:98%</p> <p>14. Masuk floxsaris 400mg Masuk dexketoprofen 25mg</p>	
---	---------------------------	--	-----------------	--	--	--

			<p>Esomax</p> <p>15. Memonitor tanda gejala infeksi</p> <p>16. menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan cara memeriksa luka</p> <p>17. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>18. Memonitor pola tidur</p> <p>19. Menganjurkan tirah baring</p>	<p>Masuk esomax 40mg</p> <p>15 .Terdapat kemerahan diarea luka post op Kulit area post op teraba panas</p> <p>16. klien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>17. klien mengatakan sulit untuk bergerak</p> <p>18. Klien mengatakan tidur siang hanya 2 jam saja dan malam sering terbangun</p> <p>19. Keluarga klien mampu membantu klien untuk tirah baring dan klien merasa nyaman setelah dibantu tirah baring</p>	
--	--	--	---	--	--

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Resume operan shif sore

Tanggal Kamis 23 Juni 2022

NO	JAM	IMPELMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	14:15	Memonitor ttv	TD : 120/81 mmhg , N : 91 x/m, T : 36,3° c, Spo2 : 100%, RR : 22x/m.	PERAWAT RUANGAN
2	14:20	Masukkan Floxsaris Dexketoprofen	Masuk obat melalui ivfd	
3	18:00	Esomax		

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Resume operan shif malam

Tanggal Kamis 23 Juni 2022

NO	JAM	IMPELMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	20:15	Memonitor ttv	TD : 110/60 mmhg , N : 82 x/m, T : 36,4° c, Spo2 : 100%, RR : 22x/m.	PERAWAT RUANGAN
2	20:20	Masukkan Floxsaris Dexketoprofen Esomax	Masuk Floxsaris Dexketoprofen Esomax melalui ivfd	

3	Jumat 24 Juni 2022		08:00- 14:00 wib	<p>20. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>21. Mengajarkan klien teknik relaksasi</p> <p>22. Mengukur vital sign</p> <p>23. Ijeksi Floxsaris Dexketoprofen Esomax</p> <p>24. Memonitor tanda gejala infeksi</p>	<p>20. Klien mengatakan</p> <p>P : Nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q: Nyeri terasa seperti disayat</p> <p>R : Nyeri pada daerah abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T: Nyeri sewaktu-waktu dan berulang.</p> <p>21. klien mampu melakukan teknik relaksasi benson dengan mandiri dan sudah menguasai teknik relaksasi napas dalam.</p> <p>22 TTV: TD:110/90 mmhg N:75 x/m RR: 20 x/m SpO2:98%</p> <p>23. Masuk floxsaris 400mg Masuk dexketoprofen 25mg Masuk esomax 40mg</p> <p>24.-terdapat kemerahan diarea luka post op -Kulit area post op teraba panas</p>	
---	--------------------------	--	------------------------	--	--	--

			<p>25. .menjelaskan tanda dan gejala infeksi dan cara memeriksa luka</p> <p>26. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>27. Memonitor pola tidur</p> <p>28. Mengajukan tirah baring</p> <p>29 melakukan tindakan Gp</p>	<p>25.klien mengerti dengan penjelasan perawat</p> <p>26.klien mengatakan sulit untuk bergerak</p> <p>27.klien mengatakan sering terbangun pada saat tidur malam hari</p> <p>28.klien merasa nyaman setelah dibantu tirah baring</p> <p>29. perban terganti dan klien mengatakan lebih nyaman</p>	
--	--	--	--	---	--

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Resume operan shif sore

Tanggal Jumat 24 Juni 2022

NO	JAM	IMPELMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	14:15	Memonitor ttv	TD : 110/88 mmhg , N : 90 x/m, T : 36,4° c, Spo2 : 100%, RR : 22x/m.	PERAWAT RUANGAN
2	14:20	Masukkan Floxsaris Dexketoprofen	Masuk Floxsaris Dexketoprofen	
3	18:00	Esomax	Esomax melalui ivfd	

**IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Resume operan shif malam

Tanggal Jumat 24 Juni 2022

NO	JAM	IMPELMENTASI	RESPON HASIL	PARAF
1	20:15	Memonitor ttv	TD : 120/60 mmhg , N : 82 x/m, T : 36,7° c, Spo2 : 100%, RR : 22x/m.	PERAWAT RUANGAN
2	20:20	Masukkan Floxsaris Dexketoprofen	Masuk Floxsaris Dexketoprofen	
3	24:00	Esomax	Esomax melalui ivfd	

### EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Nn.F

Ruangan : Anggrek

Umur : 19 tahun

No RM : 237010

#### 3.8 Evaluasi Keperawatan

Hari / tanggal	No dx	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
Rabu,22 Juni 2022	1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : - Klien mengatakan</p> <p>P : Nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q: Nyeri terasa seperti disayat</p> <p>R : Nyeri pada daerah abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T: Nyeri sewaktu-waktu dan berulang</p> <p>O: -Klien tampak meringis</p> <p>-Skala nyeri belum berkurang</p>	

			<p>A : Kriteria hasil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>		1	2	3	4	5	Keluhan nyeri			✓			Meringis			✓			Kesulitan tidur			✓			
	1	2	3	4	5																							
Keluhan nyeri			✓																									
Meringis			✓																									
Kesulitan tidur			✓																									
Rabu,22 Juni 2022	2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>S : -klien mengatakan masih merasa lemah</p> <p>O : -Klien tampak lemah</p> <p>- TTV: TD:120/90 mmhg</p> <p>N:80 x/m</p> <p>RR: 20 x/m</p> <p>SpO2:98%</p> <p>A : Kriteria hasil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cemas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>		1	2	3	4	5	Nyeri			✓			Cemas				✓		Kelemahan fisik			✓			
	1	2	3	4	5																							
Nyeri			✓																									
Cemas				✓																								
Kelemahan fisik			✓																									

Rabu,22 Juni 2022	3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>S : -Klien mengatakan lebih nyaman setelah digantikan perban</p> <p>-klien mengatakan masih sedikit nyeri dibagian area luka post op</p> <p>O: -Luka post op ,masih kemerahan</p> <p>-klien tampak masih meringis</p> <p>A:Kriteria hasil</p> <table border="1" data-bbox="1003 746 1666 928"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>		1	2	3	4	5	Demam					✓	Nyeri			✓			Kemerahan			✓			Bengkak				✓		
	1	2	3	4	5																													
Demam					✓																													
Nyeri			✓																															
Kemerahan			✓																															
Bengkak				✓																														

### EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Nn.F

Ruangan : Anggrek

Umur : 19 tahun

No RM : 237010

#### 3.8 Evaluasi Keperawatan

Hari / tanggal	No dx	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
Kamis ,23 Juni 2022	1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>S : - Klien mengatakan</p> <p>P : Nyeri pada saat bergerak</p> <p>Q: Nyeri terasa seperti disayat</p> <p>R : Nyeri pada daerah abdomen bawah</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T: Nyeri sewaktu-waktu dan berulang</p> <p>O: -Klien tampak meringis</p> <p>-Skala nyeri belum berkurang</p>	

			<p>A : Kriteria hasil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan dihentikan</p>		1	2	3	4	5	Keluhan nyeri				✓		Meringis				✓		Kesulitan tidur				✓		
	1	2	3	4	5																							
Keluhan nyeri				✓																								
Meringis				✓																								
Kesulitan tidur				✓																								
Kamis ,23 Juni 2022	2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>S : -klien mengatakan masih merasa lemah</p> <p>O : -Klien tampak lemah</p> <p>- TTV: TD:120/90 mmhg</p> <p>N:80 x/m</p> <p>RR: 20 x/m</p> <p>SpO2:98%</p> <p>A : Kriteria hasil</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cemas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan dihentikan</p>		1	2	3	4	5	Nyeri				✓		Cemas					✓	Kelemahan fisik				✓		
	1	2	3	4	5																							
Nyeri				✓																								
Cemas					✓																							
Kelemahan fisik				✓																								

Kamis ,23 Juni 2022	3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>S : -Klien mengatakan lebih nyaman setelah digantikan perban -klien mengatakan masih sedikit nyeri dibagian area luka post op O: -Luka post op ,masih kemerahan -klien tampak masih meringis</p> <p>A:Kriteria hasil</p> <table border="1" data-bbox="1003 863 1666 1042"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan dihentikan</p>		1	2	3	4	5	Demam					✓	Nyeri				✓		Kemerahan					✓	Bengkak					✓	
	1	2	3	4	5																													
Demam					✓																													
Nyeri				✓																														
Kemerahan					✓																													
Bengkak					✓																													

## Kondisi klien terakhir dinas

Nama klien : Nn. F  
No.Registrasi : 237010  
Hari terakhir dinas : Jumat 23 Juni 2022

Klien pada tanggal 23 juni 2022 masih terbaring diruangan bedah dan klien mengatakan nyeri yang dirasakan semakin berkurang dari hari pertama post op hingga hari ke tiga dan aktivitas klien dibantu oleh keluarga

### 1. kondisi klien

1. Keadaan umum : Baik, Terpasang IVFD RL 20tpm, Kesadaran composmentis.

### 2. Vital sigh

TD:110/90 mmhg

N:75 X/M

RR:20 X/M

SPO2:98%

### 1. Anjuran kepada Nn.F dan keluarga

Menganjurkan keluarga serta klien untuk memantau luka post op seperti jika terjadi bengkak atau kemerahan di area post op memantau jika adanya terjadi pendarahan, mengajurkan klien jika terjadi nyeri agar melakukan teknik relaksasi napas dalam, meminta keluarga agar membantu klien dalam mobilisasi dan personal hygiene pada pasien.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAAN**

Pada bab pembahasan ini penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan terdapat dalam praktik, Pembahasan ini meliputi asuhan keperawatan yang komprehensif yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat di ambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindakan lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada Nn.F dengan HEMOROID diruangan Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong antara lain :

#### **4.1 Pengkajian**

Pada pengkajian klien Nn.F dengan penyakit Post hemoroid dilakukan pada tanggal 22 juni 2022 pada pukul 19.00 WIB, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik head to toe, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Dari pengkajian tersebut, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan klien beserta keluarganya, serta dalam pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan penulis dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan di keluarga klien.

Setelah dilakukan pengkajian ditemukan data-data yaitu dimana pada saat pemeriksaan fisik pada sistem pencernaan klien mengatakan terdapat nyeri pada anus atau pada luka bekas operasi, setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum klien masih lemah dan klien mengatakan lemas, pemeriksaan tanda-tanda vital pada saat pengkajian, menunjukkan klien darah tinggi TD :120/80mmHg, S : 36,8C, N: 100x/m, RR: 20x/m Dari data pengkajian yang didapatkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Data penunjang pada Post Hemoroid menurut teori adalah, pendarahan biasanya warna merah segar tidak bercampur feses dan Rasa tidak nyaman hingga nyeri .

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien hipertensi yaitu (SDKI DPP PPNI 2017) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

Dari diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan hipertensi yaitu (SDKI DPP PPNI 2017), terdapat 3 diagnosa keperawatan pada teori dan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh klien. Berikut ini diagnosa yang bisa diangkat sesuai dengan kondisi klien kelolaan penulis dilapangan,yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi diangkat karena pada saat pengkajian pasien mengalami nyeri dibagian post operasi seperti di tusuk-tusuk dan nyeri menyebar ke leher dan kepala dengan skala nyeri 6
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena pada saat pengkajian pasien tidak mampu bergerak dikarenakan nyeri dapat bertambah pada saat pasien bergerak
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif diangkat karena pada saat pengkajian pasien terdapat tandat tanda kemerahan di dekat post operasi

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Setelah pengkajian, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah keperawatan merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan didalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan menyusun rencana.

Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

#### 4.4 Implementasi Keperawatan

Keperawatan merupakan perwujudan dari Implementasi perencanaan keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan bekerja sama dengan kepala ruangan, perawat ruangan, dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Sebelum melaksanakan rencana tindakan keperawatan dilakukan pada satu shif setiap harinya, saat penulis tidak berada di ruangan penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan, catatan dokter dan bertanya dengan perawat yang sedang jaga, penulis bekerja sama dengan keluarga seperti membantu klien dalam mengatasi nyeri dengan cara injeksi yang telah diberikan, dan mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan agar klien bisa menerapkan secara mandiri.

Pada Implementasi utama untuk menurunkan skala nyeri *Post op Hemoroid* dengan cara mengidentifikasi skala nyeri, pemberian terapi teknik relaksasi tarik napas dalam Pada saat penerapan relaksasi tarik napas dalam pada Nn.F selama 3 hari maka didapatkan data bahwa hari pertama post op klien diberikan teknik relaksasi tarik napas dalam skala nyeri awal 6 dan setelah diberikan relaksasi tarik napas dalam skala nyeri tidak berkurang, pada saat hari ke 2 pemberian relaksasi tarik napas dalam skala nyeri pada Nn.F berkurang dengan nilai awal 5 menjadi 4 dan pada saat hari ke tiga penerapan relaksasi tarik napas dalam skala nyeri berkurang dengan nilai awal 4 menjadi 3. Lama pemberian 15 menit dan frekuensi pemberian dipagi hari dan sebelum jam dinas pulang dan memberi saran agar klien melakukan relaksasi tarik napas dalam pada saat merasakan nyeri

Maka dapat disimpulkan setelah dilakukan tindakan pemberian teknik relaksasi tarik napas dalam selama 3 hari pada Tn.H yang mengalami nyeri post op Hemoroid diruangan anggrek RSUD CURUP. Dengan skala awal 6 menjadi 3 setelah diberikan relaksasi Tarik Napas dalam selama 3 hari dengan durasi 15 menit dengan frekuensi pemberian pada saat pagi hari dan sebelum jam dinas habis kemudian memberi saran agar klien menerapkan relaksasi tarik napas dalam pada saat merasakan nyeri. relaksasi napas dalam dilakukan penulis secara mandiri dan dibantu oleh keluarga untuk selalu mengingatkan klien melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri mulai timbul. Implementasi mobilisasi klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan makan dari itu penulis mengatur posisi klien se nyaman mungkin dan melakukan miring kiri miring kiri dan dibantu oleh keluarga dan meletakkan bantal di area punggung klien pada saat melakukan makan, Respon hasil klien tampak nyaman dan dan meminta keluarga klien membantu klien dalam mobilisasi

Implementasi keperawatan resiko infeksi berhubungan efek prosedur invasif, penulis melakukan tindakan pemantauan resiko infeksi pada area luka post op dengan pemantauan REEDA luka tampak kering, tidak ada pengeluaran cairan penyatuan luka membaik dan melakukan pergantian perban pada luka klien dan penulis kolaborasi dalam pemberian obat anti biotik, dan observasi keadaan luka operasi dibagian abdomen bawah yang tertutupi perban. Respon klien mengatakan nyaman setelah dilakukan pergantian perban.

Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung

mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan klien setiap harinya walaupun mungkin menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

#### **4.5 Evaluasi**

Dalam evaluasi yang dilaksanakan penulis menggunakan sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi formatif/respon klien dan evaluasi sumatif atau evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP atau subjektif, objektif, analisa dan planning, Sudah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan keperawatan yang ditegakkan dan setelah dilakukan implementasi keperawatan, masalah yang dialami oleh Nn.F Ketiga diagnosa dapat teratasi secara maksimal, pada diagnosa,nyeri akut dan resiko infeksi dapat diatasi pada tanggal 23 juni 2022. Mobilitas fisik diatasi pada tanggal 24 juni 2022.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal Menurut McCaffery (1989) dalam Arwan (2011), bahwa relaksasi merupakan metode yang efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot, yang menghentikan siklus nyeriansietas-ketegangan otot, Teori lain yang mendukung bahwa teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri adalah teori Huges dkk (1975). karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Hemoroid Ruangan Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022" secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial keperawatan dengan pendekatan implementasi tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri pada masalah hipertensi.

#### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian yang didapat dari kasus yaitu Pengkajian pada klien dilakukan pengkajian pada tanggal 22 juni 2022 Pukul 19.00 WIB, menunjukkan adanya tanda dan gejala yaitu nyeri di bagian post operasi

#### **2. Diagnosa keperawatan**

Pada penegakkan diagnosa keperawatan ditemukan diagnosa keperawatan diantaranya nyeri akut, resiko infeksi dan intoleransi aktivitas,

Di dalam teori muncul 5 diagnosa keperawatan namun yang diambil dengan teori ada 3 diagnosa keperawatan.

### 3. Perencanaan

Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti baik intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi seperti Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan diagnosa keperawatan yang dibuat seperti mengkaji nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, Mengukur tekanan darah dan suhu pasien, menghitung nadi dan pernafasan, menganjurkan pada pasien agar meningkatkan waktu istirahatnya.

### 5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 22 sampai 24 juni 2022 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien teratasi sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Klien/Pasien

Diharapkan klien kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup yang sehat .

### 2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan klien, pada penatalaksanaan hemoroid keluarga berperan dalam memantau makan makan yang di makan oleh pasien sesuai anjuran dokter, menerapkan pola hidup.

### 3. Bagi Peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien hemoroid dengan tepat, peneliti selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang penyakit hemoroid tersebut. Selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Begitupun untuk menegakkan diagnosa keperawatan peneliti harus lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI)

## DAFTAR PUSTAKA

- Ekar Lina, (2017). *Health and Medical Journal*, Published By Faculty Of Universitas Baiturahmah.
- F.K.UI, (1999) Patologis, dalam Yoga Pranzanda Asda, (2019).
- Hidaya,S(2019) Pengaruh relaksasi terhadap penurunan intensitasi nyeri pada pasien post operasi *Hemooroid* di rumah sakit Tk.II Dr.AK.gani Palembang.
- Hidayah ,S dalam Arwan (2011). *Teknik Relaksasi Napas Dalam*. Huges dkk (1972).di akses pada tanggal 5 maret 2022 <https://docplayer.info/amp/205311381-Pengaruh-relaksasi-terhadap-penurunan-intensitas-nyeri-pada-pasien-post-operasi-hemoroid-di-rumah-sakit-tk-ii-dr-ak-gani-palembang-tahun-2019.html>
- Isselbacher, ( 2000) dalam Yoga Pranzanda Asda, (2019)
- Nursalam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Ed 4. Jakarta: Salemba Medika
- PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Rezkita widya, ( 2020). *Karekteristik Penderita Hemoroid Rawat Inap Di RSUP DR.Wahidin Sudirohusodo* Makasar priode Juli 2017-2019.
- Rohmah& Walid, *pengertian Diagnos Keperawatan*, (Rohmah& Walid, 2009)
- Rekam Medik RSUD Curup. 2022. Hemoroid di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup: Rekam Medik RSUD Curup
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8 Vol.2. Jakarta : EGC.

Sudoyono Aru, dkk (2009) *Definisi Hemoroid*, dalam Yoga Pranzanda Asda, (2019)

Venny Vidayanti.2019. *Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri . Lala Budi Fitriana. Jurnal kesehatan*. Universitas Respati. Yogyakarta

Wibisono Gambar 1 (Alvarezi 2017 ) <https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-wasir-atau-ambeien-hemoroid-grade-1-2/1350>

## **BIODATA**

Nama : Andryan Septiansyah  
Tempat dan tanggal lahir : Curup, 06 September 2000  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Alamat : Sukaraja Belakang  
Riwayat Pendidikan : 1. SDN 01 Curup Timur  
2. SMPN 01 Curup Timur  
3. SMAN 8 Rejang Lebong

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Andryan Septiansyah

Nim : P00320119028

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hemoroid Di Ruang  
Bedah RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Proposal ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup,.....2022

Yang Menyatakan

  
B1083A/XS4444256  
METRAL  
TEMPEL

Andryan Sepunsyan  
NIM.P00320119028



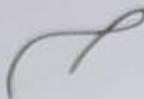
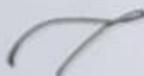


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Andryan Septiansyah  
NIM : P00320119036  
Nama Pembimbing : Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *post Hemoroid* Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	21-Desember-2021	<ul style="list-style-type: none"><li>- Konsul Judul Kasus</li><li>- Acc judul</li><li>- Cari jurnal nasional</li></ul>	
2.	23-Desember-2021	<ul style="list-style-type: none"><li>- Konsul BAB 1 dan 2</li></ul>	
3.	28-Januari-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki latar belakang</li><li>- Rumusan Masalah</li><li>- Cari materi buku</li></ul>	
4.	Senin/ 21-Maret-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki Penulisan BAB 1</li><li>- Perbaiki WOC Diringkas Saja</li></ul>	
5.	Senin/ 04-April-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki penulisan nomor BAB 1 dan BAB 2</li><li>- Penulisan Sumber Sesuai dengan buku</li></ul>	

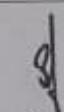
6.	Kamis/ 28-April-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan</li> <li>- Tambahkan jurnal sesuai penyakit</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> </ul>	
7.	Selasa/ 10-Mei-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan Teori</li> <li>- Diagnosa sesuai SDKI SLKI SIKI</li> </ul>	
8.	Rabu/ 11-Mei-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lengkapi berkas untuk ujian proposal</li> <li>- ACC Proposal</li> </ul>	
9.	Selasa/ 14-Juni-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki diagnosa sesuai dengan SDKI SLKI SIKI</li> <li>- Data hasil penunjang ditambahkan sesuai diagnosa</li> </ul>	
10.	Senin/ 20-Juni-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daignosa diperbaiki</li> <li>- Tambahkan data pasien</li> </ul>	
11.	Kamis/ 23-Juni-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pengkajian</li> <li>- Tambahkan pengkajian</li> </ul>	
12.	Jum'at/ 1-Juli-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki jurnal diagnosa</li> <li>- Sesuaikan lagi diagnose dengan SDKI SLKI SIKI</li> </ul>	
13.	Kamis/ 7-Juli-2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cek kembali data pasien</li> <li>- Lengkapi kembali pengkajian</li> <li>-</li> </ul>	



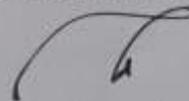
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Ketua Penguji : Chandra Buana.MPH  
Nama Mahasiswa : ANDRYAN SEPTIANSYAH  
Nim : P0 0320119 028  
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *post Hemoroid* Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 27 Juli 2022	BAB I - 2 BAB IV	-mengganti kata kata proposal . - perbaikan Bab IV tentang pengkajian	 Chandra Buana.MPH
2	Senin ,29 agustus 2022	BAB IV	-ACC Perbaikan	 Chandra Buana.MPH

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Ketua Penguji : Winike Nopri Yanti,S.kep.Ners  
Nama Mahasiswa : Andryan Septiansyah  
Nim : P0 0320119 005  
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *post Hemoroid* Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 27 Juli 2022	BAB 1 BAB 2	Perbaikan Acc	
2.	Senen, 23 Agustus 2022	Bab 3 dan 5	Perbaikan Acc	 Winike Nopri Yanti,S.kep.Ners

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep  
NIP: 197112171991021001





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP**

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama  
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 92 /RSUD – DIKLAT/2022  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 13 Juli 2022  
Kepada Yth,  
Direktur Prodi Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu  
Di -  
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/126/6/VI/2022 tanggal 03 Juni 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **ANDRYAN SEPTIANSYAH**  
NIM : P0 0320119028  
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga  
Waktu Penelitian : 21 s/d 24 Juni 2022  
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hemoroid Diruang Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup  
Kepala Bagian Administrasi

**DWI PRASETYO, SKM**  
NIP. 1971 007 199203 1 003