

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.B DENGAN  
HEMOROID DI RUANG AMBUN SURI LANTAI 1 RSUD DR.ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2019**



**OLEH :**

**ANISA NATASA**

**NIM : 1614401005**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.B DENGAN  
HEMOROID DI RUANG AMBUN SURI LANTAI 1 RSUD DR.ACHMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2019**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program  
Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



**OLEH :**

**ANISA NATASA**

**NIM : 1614401005**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2019**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Nama Mahasiswa : ANISA NATASA  
NIM : 1614401005  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B Dengan Hemoroid  
Di Ruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar  
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 23 Juli 2017

Pembimbing,



**Ns. Dia Resti DND, M.Kep**  
NIK : 1420108028611071

Mengetahui,  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



**Ns. Endra Amalia, M.Kep**  
NIK : 1420123106993012

**LEMBARAN PENGESAHAN**

Nama Mahasiswa : ANISA NATASA  
NIM : 1614401005  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B Dengan Hemoroid  
Di Ruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar  
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 23 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I,



**Ns. Vera Sesrianty, M.Kep**  
NIK : 1440102110909052

Penguji II,



**Ns. Dia Resti DND, M.Kep**  
NIK : 1420108028611071

# SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

## PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019

ANISA NATASA

1614401005

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.B DENGAN HEMOROID DI RUANG AMBUN SURI LANTAI 1 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2019

Xi + V BAB + 144 HALAMAN + 12 GAMBAR + 7 TABEL + 2 SKEMA +

5 LAMPIRAN

### ABSTRAK

Menurut data yang didapatkan dari RSUD Dr. Achmad Mochtar di tahun 2018 ada 20 pasien yang dirawat di ruangan Ambun Suri Lantai 1, dan di tahun 2019 dari bulan Januari sampai bulan Mei didapatkan data pasien hanya 5 orang yaitu dirawat di ruangan Ambun Suri Lantai 1 yang menderita penyakit *hemoroid*. Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien Tn.B dengan *Hemoroid* di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. 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) Hemoroid adalah varikosis akibat pelebaran (dilatasi) pleksus vena hemoroidal interna. Mekanisme terjadinya hemoroid belum diketahui secara jelas. Hemoroid berhubungan dengan konstipasi kronis disertai penarikan feces. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn.B yaitu pasien mengatakan nyeri pada abdomen, pasien mengatakan nyeri pada anus, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan nyeri di anus dan abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Tn.B yaitu dalam asuhan keperawatan pre op diare berhubungan dengan iritasi, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Dalam asuhan keperawatan post op yaitu nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah manajemen diare, manajemen nyeri, manajemen nutrisi, dukungan tidur, manajemen energi. Hasil evaluasi didapatkan masalah diare dan defisit nutrisi sebagian teratasi. Masalah nyeri, masalah pola tidur dan masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

**Kata kunci :** Asuhan Keperawatan, *Hemoroid, Linea Dentate, Varikosis, Dilatasi, Pleksus Vena Hemorrhoidalis*

**Daftar Pustaka :** 16 (2009-2016)

HIGH SCHOOL HEALTH SCIENCE PERINTIS PADANG

STUDY PROGRAM D III NURSING

Scientific Papers, July 2019

**ANISA NATASA**

**NIM : 1614401005**

**NURSING CARE IN Mr. B WITH HEMORROID IN SPACE AMBUN SURI FLOOR 1 REGIONAL GENERAL HOSPITAL, DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2019**

**Xi + V CHAPTER + 144 SHEET + 12 PICTURE + 7 TABLE + 2 SCHEMA +**

**5 ATTACHMENTS**

### **ABSTRACT**

*According to data obtained from Dr. Achmad Mochtar General Hospital in 2018 there were 20 patients treated in the 1st floor of Ambun Suri room, and in 2019 from January to May the patient's data was only 5 people which were treated in the 1st floor of Ambun Suri room which suffered hemorrhoidal disease. After carrying out nursing care, the writer is expected to be able to increase the knowledge and ability in applying quality nursing care to Mr. B patients with Hemorrhoids in Ambun Suri Room 1st Floor Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. External hemorrhoids are widening of the veins that are under the skin (subcutaneous) below or outside the dentate line. Internal hemorrhoids are widening of the veins that are under the mucosa (submucosa) above or within the dentate line. (Sudoyo Aru, et al. 2009) Hemorrhoids are varicosities due to the widening (dilation) of the internal hemorrhoidal venous plexus. The mechanism of the occurrence of hemorrhoid is not clearly known. Hemorrhoid is associated with chronic constipation accompanied by withdrawal of stool. The results of the case report found data on Mr. B, namely the patient said pain in the abdomen, the patient said pain in the anus, the patient said no appetite, the patient said pain in the anus and abdomen was felt every night to interfere with sleep at night, the patient said it was difficult to sit after operation. The results of these studies obtained nursing problems at Mr. B. namely in pre op diarrhea nursing care associated with irritation, acute pain associated with physiological injury agents, nutrient deficits associated with lack of food intake, disturbances in sleep patterns associated with pain. In post-op nursing care, acute pain associated with post-surgery, activity intolerance is associated with weakness, disruption of sleep patterns associated with pain. Nursing actions taken are diarrhea management, pain management, nutrition management, sleep support, energy management. The evaluation results found that diarrhea and nutritional deficits were partially resolved. Pain problems, sleep pattern problems and activity intolerance problems have not been resolved.*

**Keywords : Nursing Care, Haemorrhoid, Linea Dentate, Varikosis, Dilatasi, Pleksus Vena Hemorrhoidalis**

**Bibliography : 16 (2009-2016)**

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan pengamatan kasus dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B Dengan Hemoroid Di Ruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019** ” tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Aamiin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Dia Resti DND, M. Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Pengamatan Kasus ini.
6. Ibu Ns. Fadhilah Riska Utami, S. Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Pengamatan Kasus ini.
7. Khususnya kepada orang tua tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.



8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang memberikan support serta semangatnya.

Penulis menyadari bahwa Laporan Pengamatan Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Pengamatan Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Pengamatan Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Aamiin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, 17 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b>	
<b>PERNYATAAN PENGUJI</b>	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penulisan	
1.2.1 Tujuan Umum .....	3
1.2.1 Tujuan Khusus .....	4
1.3 Manfaat Penulisan .....	5

## **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

### **2.1 Konsep Dasar**

2.1.1 Pengertian .....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	7
2.1.3 Etiologi .....	14
2.1.4 Tanda dan Gejala .....	15
2.1.5 Faktor Risiko .....	19
2.1.6 Klasifikasi Hemoroid .....	19
2.1.7 Gambaran Hemoroid .....	23
2.1.8 Patofisiologi .....	26
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang .....	30
2.1.10 Penatalaksanaan .....	30
2.1.11 Pencegahan .....	35
2.1.12 Komplikasi .....	35

## **2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis**

2.2.1 Pengkajian	.....	36
2.2.2 Kemungkinan Diagnosis yang Muncul	.....	41
2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan	.....	42
2.2.4 Implementasi	.....	56
2.2.5 Evaluasi	.....	56

## **BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian	.....	57
3.2 Diagnosis Keperawatan	.....	86
3.3 Intervensi Keperawatan	.....	87
3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	.....	102

## **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian	.....	125
4.2 Diagnosis Keperawatan	.....	127
4.3 Intervensi Keperawatan	.....	131
4.4 Implementasi Keperawatan	.....	135
4.5 Evaluasi Keperawatan	.....	139

## **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	141
5.2 Saran .....	143

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Anatomi Anus .....	8
Gambar 2.2 Fisiologi Anus .....	11
Gambar 2.3 Hemoroid Interna .....	23
Gambar 2.4 Hemoroid Eksterna .....	24
Gambar 2.5 Hemoroid Interna dan Eksterna .....	24
Gambar 2.6 Trombosis Hemoroid .....	25
Gambar 2.7 Prolaps Hemoroid .....	25
Gambar 2.8 Trombosis Hemoroid .....	26
Gambar 2.9 Derajat Hemoroid .....	27
Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG .....	71
Gambar 3.2 Pemeriksaan Colonoscopy .....	71
Gambar 3.3 Pemeriksaan Thoraks .....	72

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan .....	42
Tabel 3.1.5 Data Biologis .....	65
Tabel 3.1.10 Data Penunjang .....	69
Tabel 3.1.11 Data Pengobatan .....	72
Tabel 3.1.13 Analisa Data .....	78
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan .....	87
Tabel 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	102

## DAFTAR SKEMA

			<b>Halaman</b>
Skema 1	WOC Hemoroid	.....	29
Skema 2	Genogram	.....	60



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 2	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing Akademik
Lampiran 3	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing Klinik
Lampiran 4	Daftar Bimbingan Konsul Revisi
Lampiran 5	Daftar Dinas

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Hemoroid* atau lebih dikenal dengan nama wasir atau ambeien, bukan merupakan suatu keadaan yang patologis (tidak normal), namun bila sudah mulai menimbulkan keluhan, harus segera dilakukan tindakan untuk mengatasinya. Hemoroid dari kata “*haima*” dan “*rheo*”. Dalam medis, berarti pelebaran pembuluh darah vena (pembuluh darah balik) di dalam *pleksus hemorrhoidalis* yang ada di daerah anus. Dibedakan menjadi 2, yaitu *hemoroid interna* dan *hemoroid eksterna* yang pembagiannya berdasarkan letak *pleksus hemorrhoidalis* yang terkena (Murbawani, 2006).

Kedua jenis *hemoroid* ini sangat sering terjadi dan terdapat pada sekitar 35% penduduk baik pria maupun wanita yang berusia lebih dari 25 tahun. Walaupun keadaan ini tidak mengancam jiwa, tetapi dapat menyebabkan perasaan yang sangat tidak nyaman. *Hemoroid* adalah seikat pembuluh darah di dalam dubur / pelepasan, hanya sebagian berada di bawah selaput bagian paling rendah dari dubur / pelepasan.

*Hemoroid* umum diderita oleh umur 50, sekitar separuh orang dewasa berhadapan dengan yang menimbulkan rasa gatal, terbakar, pendarahan dan terasa menyakitkan. Dalam banyak kesempatan kondisi boleh memerlukan hanya selfcare perawatan sendiri dan lifestyle gaya hidup (Sjamsuhidayat,2004).

*Hemoroid* diderita oleh 5% seluruh penduduk dunia (Slavin, 2008). Bahkan 75% penduduk dunia pernah mengalami *hemoroid*. Insiden *hemoroid* terjadi pada 13%-36% populasi umum di Inggris (Lohsiriwat, 2012). Di Amerika, 500.000 orang didiagnosis menderita *hemoroid* setiap tahunnya. Berdasarkan data dari *The National Center of Health Statistics* di Amerika Serikat, prevalensi *hemoroid* sekitar 4,4% (Buntzen et al., 2013). Di Mesir, *hemoroid* dianggap penyakit daerah anus tersering dengan prevalensi tinggi hampir 50% dari kunjungan proctological di Unit Kolorektal (Ali et al., 2011).

Menurut data yang didapatkan dari Riskesdas pada tahun 2007, hanya 5,5% penduduk Sumatera Utara yang mengonsumsi buah dan sayur sesuai yang dianjurkan. Tidak berbeda dengan masyarakat di kota Padang, mayoritas penduduknya mengonsumsi serat dalam jumlah yang sedikit. Sumatera Barat menempati urutan kedua yang penduduknya kurang mengonsumsi sayur dan buah dibandingkan dengan seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Tingkat konsumsi sayuran rakyat Indonesia termasuk yang paling rendah di dunia. Rakyat Indonesia hanya mengonsumsi 35 kilogram sayuran per kapita per tahun. Angka itu jauh lebih rendah dengan angka konsumsi sayuran yang dianjurkan organisasi pangan dan pertanian dunia (*Food and Agriculture Organization/FAO*), yaitu 75 kilogram per kapita per tahun. Rendahnya konsumsi sayuran masyarakat mengakibatkan penyakit pencernaan dan sembelit yang bisa fatal bagi kesehatan.

Salah satu penyakit pencernaan yang diakibatkan oleh konsumsi serat yang rendah adalah *hemoroid*, atau biasa disebut wasir. *Hemoroid* merupakan penyakit di daerah anus yang cukup banyak ditemukan di praktek dokter.

Menurut data yang didapatkan dari RSUD Dr.Achmad Mochtar di tahun 2018 ada 20 pasien yang dirawat di ruangan Ambun Suri Lantai 1, dan di tahun 2019 dari bulan Januari sampai bulan Mei didapatkan data pasien hanya 5 orang yaitu dirawat diruang Ambun Suri Lantai 1 yang menderita penyakit *hemoroid* karena rumah sakit termasuk tipe B, berdasarkan data rumah sakit penyakit *hemoroid* masuk dalam kategori rumah sakit tipe C. 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 rehabilitatif. Berdasarkan pemaparan diatas, penulis tertarik membahas **Asuhan Keperawatan Pada Tn.B Dengan *Hemoroid* Diruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.**

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Setelah melakukan asuhan keperawatan diharapkan penulis dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien Tn.B dengan *Hemoroid* di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan adalah :

1. Mampu memahami tentang konsep dasar asuhan keperawatan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
2. Mampu melaksanakan pengkajian dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
4. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
5. Mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
6. Mampu mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah di berikan pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
7. Melakukan pendokumentasian pada Tn.B dengan Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### **1.3 Manfaat Penulisan**

#### **1.3.1 Bagi Rumah Sakit**

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu perawatan dalam meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan.

#### **1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya di bidang Keperawatan Medikal Bedah pada pasien hemoroid.

#### **1.3.3 Bagi Penulis**

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien hemoroid sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program studi D3 Keperawatan STIKes Perintis Padang.

#### **1.3.4 Bagi Klien**

Membantu klien dalam memperoleh informasi penting tentang penyakit hemoroid bagaimana usaha pencegahan, pengobatan, dan perawatan pasien hemoroid di Rumah Sakit.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### 2.1 Konsep Dasar

##### 2.1.1 Pengertian

*Hemoroid* merupakan pelebaran dan *inflamasi* pembuluh darah vena di daerah anus yang berasal dari *plexus homorrhoidalis*. *Hemoroid eksterna* adalah pelebaran vena yang berada dibawah kulit (*subkutan*) di bawah atau luar *linea dentate*. *Hemoroid interna* adalah pelebaran vena yang berada dibawah mukosa (*submukosa*) diatas atau di dalam *linea dentate*. (Sudoyo Aru,dkk 2009)

*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*. *Kanal 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)

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. *Hemorhoid* 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)

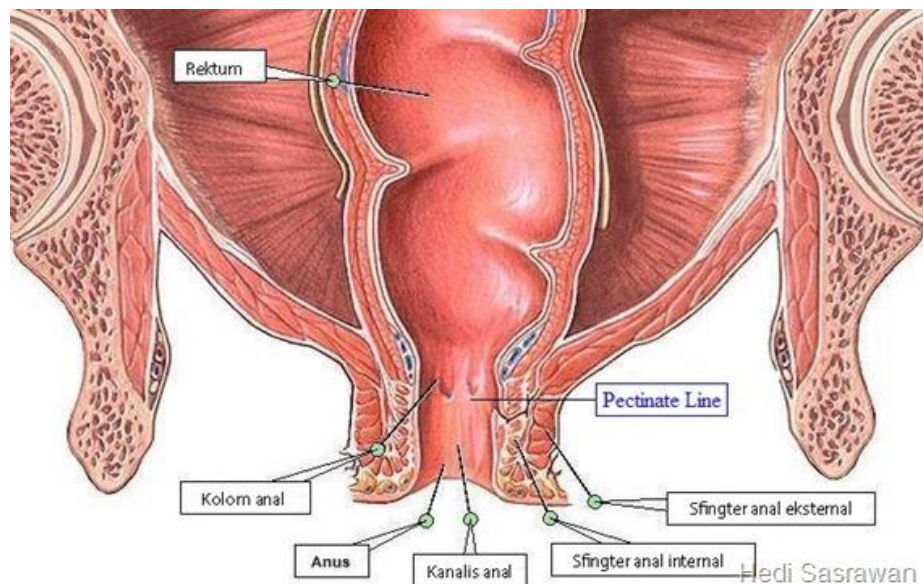
### **2.1.2 Anatomi dan Fisiologi**

#### **1. Anatomi**

Bagian utama usus besar yang terakhir disebut sebagai rektum dan membentang dari *kolon sigmoid* hingga anus (muara ke bagian luar tubuh). Satu inci terakhir dari rektum disebut sebagai kanalis ani dan dilindungi oleh otot *sfincter ani eksternus dan internus*. Panjang rektum dan kanalis ani adalah sekitar 15cm (5,9 inci).



Usus besar secara klinis dibagi menjadi belahan kiri dan kanan berdasarkan pada suplai darah yang diterima. *Arteria mesenterika superior* mendarahi belahan kanan (*sekum, kolon asendens, dan dua pertiga proksimal kolon transversum*) dan *arteria mesenterika inferior* mendarahi belahan kiri (*sepertiga distal kolon transversum, kolon asendens, kolon sigmoid dan bagian proksimal rektum*). Suplai darah tambahan ke *rectum* berasal dari *arteri hemoroidalis media dan inferior* yang dicabangkan dari *arteria iliaka interna dan aorta abdominalis*.



Gambar 2.1

**Keterangan :**

1. Rektum

Rektum (rectum) adalah sebuah ruangan dengan panjang sekitar 12 sampai 15 cm yang berada di antara ujung usus besar (setelah kolon sigmoid/turun) dan berakhir di anus.

Fungsi rektum adalah menyimpan feses untuk sementara waktu, memberitahu otak untuk segera buang air besar, dan membantu mendorong feses sewaktu buang air besar. Ketika rektum penuh dengan feses, maka rektum akan mengembang dan sistem saraf akan mengirim impuls (rangsangan) otak sehingga timbul keinginan untuk buang air besar.

## 2. Kolom Anal

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

## 3. Anus

Anus adalah pembukaan yang dilewati oleh kotoran manusia saat kotoran tersebut meninggalkan tubuh.

## 4. Kanalis Anal

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

#### 5. Sfingter Anal Internal

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

#### 6. Sfingter Anal Eksternal

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

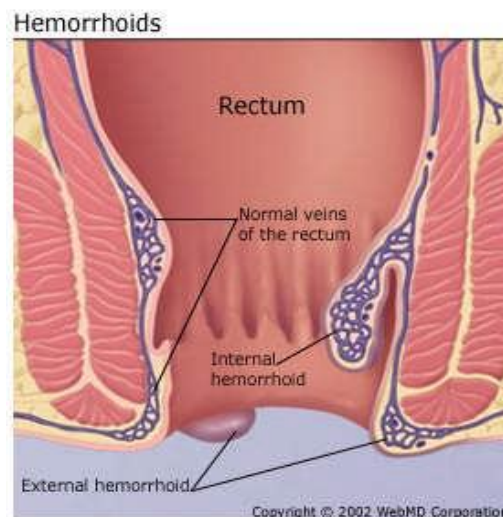
#### 7. Pectinate Line

Pectinate line (terjemahan masih dipertanyakan) adalah garis yang membagi antara bagian dua pertiga (atas) dan bagian sepertiga (bawah) anus. Fungsi garis ini sangatlah penting karena bagian atas dan bawah pectinate line memiliki banyak perbedaan. Misalnya, jika wasir terjadi di atas garis pectinate, maka jenis wasir tersebut disebut wasir internal yang tidak menyakitkan. Sedangkan jika di bawah, disebut wasir eksternal dan menyakitkan. Asal embriologinya juga berbeda, bagian atas dari endoderm, sedangkan bagian bawah dari ektoderm.

## 2. Fisiologi

Aliran balik vena dari *kolon* dan *rektum superior* adalah melalui vena *mesenterika superior*, *vena mesenterika inferior*, dan *vena hemoroidalis superior* (bagian sistem portal yang mengalirkan darah ke hati).

*Vena hemoroidalis media* dan *inferior* mengalirkan darah ke *vena iliaca* sehingga merupakan bagian sirkulasi sistemik. Terdapat *anastomosis* antara *vena hemoroidalis superior*, *media*, dan *inferior*, sehingga tekanan portal yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya aliran balik ke dalam vena dan mengakibatkan *hemoroid*.



Gambar 2.2

### **Keterangan :**

#### 1. Internal hemorrhoid

Pembengkakan vena pada pleksus hemorroidalis interna disebut dengan hemorroid internal.

## 2. External hemorrhoid

Pleksus hemorrhoid eksterna, apabila terjadi pembengkakan maka disebut hemorrhoid eksterna (Isselbacher, 2000). Letaknya distal dari linea pectinea dan diliputi oleh kulit biasa di dalam jaringan di bawah epitel anus, yang berupa benjolan karena dilatasi vena hemorrhoidalis.

Terdapat dua jenis *peristaltik propulsif* :

- 1) *Kontraksi* lamban dan tidak teratur, berasal dari segmen *proksimal* dan bergerak ke depan, menyumbat beberapa haustra.
- 2) *Peristaltik* massa, merupakan *kontraksi* yang melibatkan segmen kolon. Gerakan peristaltik ini menggerakkan massa feses ke depan, akhirnya merangsang defekasi.

Kejadian ini timbul dua sampai tiga kali sehari dan dirangsang oleh reflek *gastrokolik* setelah makan, terutama setelah makan yang pertama kali dimakan pada hari itu.

Propulsi *feses* ke dalam *rektum* menyebabkan terjadinya *distensi* dinding *rektum* dan merangsang refleksi *defekasi*. *Defekasi* dikendalikan oleh *sfincter ani eksterna dan interna*. *Sfincter interna* dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sedangkan *sfincter eksterna* dikendalikan oleh sistem saraf *voluntary*.

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

Dinding *rektum* secara bertahap menjadi rileks, dan keinginan *defekasi* menghilang. *Rektum* dan anus merupakan lokasi sebagian penyakit yang sering ditemukan pada manusia. Penyebab umum *konstipasi* adalah kegagalan pengosongan *rektum* saat terjadi *peristaltik* masa. Bila *defekasi* tidak sempurna, *rektum* menjadi rileks dan keinginan *defekasi* menghilang.

Air tetap terus *diabsorpsi* dari massa *feses*, sehingga *feses* menjadi keras, dan menyebabkan lebih sukarnya *defekasi* selanjutnya. Bila massa *feses* yang keras ini terkumpul disatu tempat dan tidak dapat dikeluarkan, maka disebut sebagai *impaksi feses*. Tekanan pada *feses* yang berlebihan menyebabkan timbulnya *kongesti vena hemoroidalis interna* dan *eksterna*, dan hal ini merupakan salah satu penyebab *hemoroid (vena varikosa rektum)*. (Price,2005)

### 2.1.3 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
9. Kurang minum air dan kurang makan-makanan berserat (sayur dan buah)
10. Kurang olahraga/*imobilisasi*

(Nurarif.A.H. dan Kusuma.H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala

##### a. Tanda

###### 1) Perdarahan

Umumnya merupakan tanda pertama *hemoroid interna trauma* oleh *feses* yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak bercampur dengan *feses*. Walaupun berasal dari vena, darah yang keluar berwarna merah segar karena kaya akan zat asam, jumlahnya bervariasi.

###### 2) Nyeri

Nyeri yang hebat jarang sekali ada hubungannya dengan *hemoroid interna* dan hanya timbul pada *hemoroid eksterna* yang mengalami *trombosis* dan radang.

##### b. Gejala

1) *Anemia* dapat terjadi karena perdarahan *hemoroid* yang berulang.

2) Jika *hemoroid* bertambah besar dapat terjadi *prolap* awalnya dapat tereduksi spontan. Pada tahap lanjut pasien harus memasukkan sendiri setelah *defekasi* dan akhirnya sampai pada suatu keadaan dimana tidak dapat dimasukkan.

3) Keluarnya *mukus* dan terdapatnya *feses* pada pakaian dalam merupakan ciri *hemoroid* yang mengalami *prolap* menetap.

4) Rasa gatal karena *iritasi perianal* dikenal sehingga pruritis anus rangsangan



Dalam praktiknya, sebagian besar pasien tanpa gejala. Pasien diketahui menderita *hemoroid* secara kebetulan pada waktu pemeriksaan untuk gangguan saluran cerna bagian bawah yang lain waktu *endoskopi/kolonoskopi* (teropong usus besar). Pasien sering mengeluh menderita *hemorrhoid* atau wasir tanpa ada hubungan dengan gejala *rektum* atau anus yang khusus. Nyeri yang hebat jarang sekali ada hubungan dengan *hemorrhoid interna* dan hanya timbul pada *hemorrhoid eksterna* yang mengalami *trombosis*. (Sjamsuhidajat, 1998)

Gejala yang paling sering ditemukan adalah perdarahan lewat *dubur*, nyeri, pembengkakan atau penonjolan di daerah *dubur*, *sekret* atau keluar cairan melalui *dubur*, rasa tidak puas waktu buang air besar, dan rasa tidak nyaman di daerah pantat. (Merdikoputro, 2006)

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

Pendarahan luas dan *intensif* di *pleksus hemorrhoidalis* menyebabkan darah di anus merupakan darah *arteri*. Datang pendarahan *hemorrhoid* yang berulang dapat berakibat timbulnya anemia berat.

*Hemorroid* yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan *prolaps*. Pada tahap awal penonjolan ini hanya terjadi pada saat *defekasi* dan disusul oleh *reduksi* sesudah selesai *defekasi*. Pada stadium yang lebih lanjut *hemorrhoid interna* didorong kembali setelah *defekasi* masuk kedalam anus. Akhirnya *hemorroid* dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami *prolaps* menetap dan tidak dapat terdorong masuk lagi. Keluarnya *mukus* dan terdapatnya *feses* pada pakaian dalam merupakan ciri *hemorroid* yang mengalami *prolaps* menetap. *Iritasi* kulit perianal dapat menimbulkan rasa gatal yang dikenal sebagai *pruritus anus* dan ini disebabkan oleh kelembaban yang terus menerus dan rangsangan *mukus*. Nyeri hanya timbul apabila terdapat *trombosis* yang meluas dengan udem meradang. (Sjamsuhidajat, 1998)

Apabila *hemorrhoid interna* membesar, nyeri bukan merupakan gambaran yang biasa sampai situasi dipersulit oleh *trombosis*, *infeksi*, atau *erosi* permukaan *mukosa* yang menutupinya. Kebanyakan penderita mengeluh adanya darah merah cerah pada tisu toilet atau melapisi *feses*, dengan perasaan tidak nyaman pada anus secara samar-samar. Ketidaknyamanan tersebut meningkat jika *hemorroid* membesar atau *prolaps* melalui anus. *Prolaps* seringkali disertai dengan edema dan spasme sfingter.

*Prolaps*, jika tidak diobati biasanya menjadi *kronik* karena *muskularis* tetap teregang, dan penderita mengeluh mengotori celana dalamnya dengan nyeri sedikit. *Hemorroid* yang *prolaps* bisa terinfeksi atau mengalami *trombosis*, *membrane mukosa* yang menutupinya dapat berdarah banyak akibat trauma pada *defekasi*. (Isselbacher, dkk, 2000)

*Hemorrhoid eksterna*, karena terletak di bawah kulit cukup sering terasa nyeri, terutama jika ada peningkatan mendadak pada massanya. Peristiwa ini menyebabkan pembengkakan biru yang terasa nyeri pada pinggir anus akibat *trombosis* sebuah vena pada *pleksus* eksterna dan tidak harus berhubungan dengan pembesaran vena *interna*. Karena trombus biasanya terletak pada batas otot *sfincter*, *spasme* anus sering terjadi. *Hemorrhoid eksterna* mengakibatkan *spasme* anus dan menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri yang dirasakan penderita dapat menghambat keinginan untuk *defekasi*. Tidak adanya keinginan *defekasi*, penderita *hemorrhoid* dapat terjadi *konstipasi*. *Konstipasi* disebabkan karena frekuensi *defekasi* kurang dari tiga kali per minggu. (Isselbacher, dkk,1999)

*Hemorhoid* yang dibiarkan, akan menonjol secara perlahan-lahan. Mula-mula penonjolan hanya terjadi sewaktu buang air besar dan dapat masuk sendiri dengan spontan. Namun lama-kelamaan penonjolan itu tidak dapat masuk ke *anus* dengan sendirinya sehingga harus dimasukkan dengan tangan. Bila tidak segera ditangani, *hemorrhoid* itu akan menonjol secara menetap dan terapi satu-satunya hanyalah dengan operasi. Biasanya pada celana dalam penderita sering didapatkan *feses* atau *lendir* yang kental dan menyebabkan daerah sekitar anus menjadi lebih lembab. Sehingga sering pada kebanyakan orang terjadi iritasi dan gatal di daerah anus. (Murbawani, 2006)

### 2.1.5 Faktor Risiko

1. Keturunan : Dinding pembuluh darah yang tipis dan lemah
2. Anatomi : Vena daerah *anorektal* tidak mempunyai *katup* dan *pleksus hemorrhoidalis* kurang mendapat sokongan otot atau fasi sekitarnya
3. Pekerjaan : Orang yang harus berdiri atau duduk lama, atau harus mengangkat barang berat, mempunyai predisposisi untuk *hemorrhoid*
4. Umur : Pada umur tua timbul degenerasi dari seluruh jaringan tubuh, otot *sfincter* menjadi tipis
5. Endokrin : Misalnya pada wanita hamil ada dilatasi *vena ekstremitas anus (sekresi hormone relaksin)*
6. Mekanis : Semua keadaan yang mengakibatkan timbulnya tekanan meninggi dalam rongga perut, misalnya pada penderita hipertrofi prostate
7. Fisiologis : Bendungan pada peredaran darah portal, misalnya pada derita dekompensasio kordis atau sirosis hepatic
8. Radang adalah faktor penting, yang menyebabkan vitalitas jaringan di daerah berkurang

### 2.1.6 Klasifikasi Haemoroid

1. Menurut asalnya hemorhoid dibagi dalam :
  - 1) Hemorrhoid Interna
  - 2) Hemorrhoid Eksterna

Dan dapat dibagi lagi menurut keadaan patologis dan klinisnya, misalnya meradang, trombosis atau terjepit. (Bagian Bedah F.K.UI,1994)

### **Hemorrhoid Interna**

*Pleksus hemorrhoidalis interna* dapat membesar, apabila membesar terdapat peningkatan yang berhubungan dalam massa jaringan yang mendukungnya, dan terjadi pembengkakan vena. Pembengkakan vena pada pleksus *hemorrhoidalis interna* disebut dengan *hemorrhoid interna*. (Isselbacher, dkk, 2000)

*Hemorrhoid interna* jika varises yang terletak pada *submukosa* terjadi proksimal terhadap otot *sphincter* anus. *Hemorrhoid interna* merupakan bantalan *vaskuler* di dalam jaringan *submukosa* pada *rektum* sebelah bawah. *Hemorrhoid interna* sering terdapat pada tiga posisi primer, yaitu kanan depan, kanan belakang, dan kiri lateral. *Hemorrhoid* yang kecil-kecil terdapat diantara ketiga letak primer tersebut. (Sjamsuhidajat, 1998).

*Hemorrhoid interna* letaknya proksimal dari *linea pectinea* dan diliputi oleh lapisan epitel dari *mukosa*, yang merupakan benjolan *vena hemorrhoidalis interna*. Pada penderita dalam posisi litotomi terdapat paling banyak pada jam 3, 7 dan 11 yang oleh Miles disebut: *three primary haemorrhoidalis areas*. (Bagian Bedah F.K. UI, 1994)

*Trombosis hemorrhoid* juga terjadi di *pleksus hemorrhoidalis interna*. *Trombosis akut pleksus hemorrhoidalis interna* adalah

keadaan yang tidak menyenangkan. Pasien mengalami nyeri mendadak yang parah, yang diikuti penonjolan area trombosis. (David, C, 1994)

### **Hemorrhoid Eksterna**

*Pleksus hemorrhoid eksterna*, apabila terjadi pembengkakan maka disebut *hemorrhoid eksterna*. (Isselbacher, 2000)

Letaknya distal dari *linea pectinea* dan diliputi oleh kulit biasa di dalam jaringan di bawah epitel anus, yang berupa benjolan karena dilatasi vena *hemorrhoidalis*.

Ada 3 bentuk yang sering dijumpai :

1. Bentuk *hemorrhoid* biasa tapi letaknya distal *linea pectinea*
2. Bentuk trombosis atau benjolan *hemorrhoid* yang terjepit
3. Bentuk *skin tags*

Biasanya benjolan ini keluar dari anus kalau penderita disuruh mengedan, tapi dapat dimasukkan kembali dengan cara menekan benjolan dengan jari. Rasa nyeri pada perabaan menandakan adanya trombosis, yang biasanya disertai penyulit seperti infeksi, abses perianal atau koreng. Ini harus dibedakan dengan *hemorrhoid eksterna* yang *prolaps* dan terjepit, terutama kalau ada edema besar menutupinya.

Sedangkan penderita *skin tags* tidak mempunyai keluhan, kecuali kalau ada infeksi. *Hemorrhoid eksterna* trombotik disebabkan oleh pecahnya vena anal. Lebih tepat disebut *hematom perianal*.

Pembengkakan seperti buah cery yang telah masak, yang dijumpai pada salah satu sisi muara anus. Tidak diragukan lagi bahwa, seperti hematom, akan mengalami resolusi menurut waktu. (Dudley, 1992 )

*Trombosis hemorrhoid* adalah kejadian yang biasa terjadi dan dapat dijumpai timbul pada *pleksus analis eksternus* di bawah *tunika mukosa epitel gepeng*, di dalam *pleksus hemorrhoidalis* utama dalam tela submukosa *kanalis analis* atau keduanya. *Trombosis analis eksternus* pada *hemorroid* biasa terjadi dan sering terlihat pada pasien yang tak mempunyai *stigmata hemorrhoid* lain. Sebabnya tidak diketahui, mungkin karena tekanan vena yang tinggi, yang timbul selama usaha mengejan berlebihan, yang menyebabkan distensi dan stasis di dalam vena. Pasien memperlihatkan pembengkakan akut pada pinggir anus yang sangat nyeri. (David, C, 1994)

2. Menurut derajat *hemoroid* sebagai berikut :

- Derajat I : *Hemoroid (+), prolaps* (keluar dari dubur) (-)
  - Derajat II : *Prolaps* waktu mengejan, yang masuk lagi secara spontan
  - Derajat III : *Prolaps* yang perlu dimasukkan secara manual
  - Derajat IV : *Prolaps* yang tidak dapat dimasukkan kembali
- (Merdikoputro, 2006)

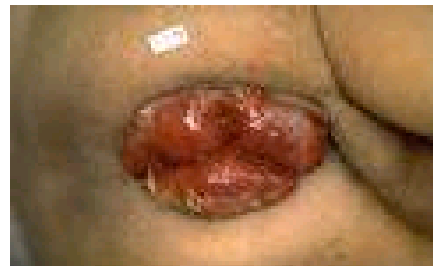
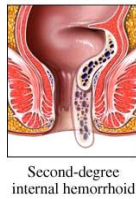
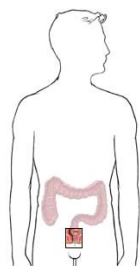
## 2.1.7 Gambaran Hemoroid

### 1. Secara Makroskopik

*Hemorroid* terdiri dari pembuluh vena yang melebar dan tipis yang menonjol di bawah *mukosa* anus dan *rektum*. Dalam keadaan yang tidak terlindungi, maka mudah terkena trauma dan mungkin mengalami *trombosis*. (Robbins, 1995)

#### **Hemorrhoid Interna**

Sering terdapat pada tiga posisi primer, yaitu kanan depan, kanan belakang, dan kiri lateral. ( Sjamsuhidajat, 1998 )



(www. health yahoo. com, 2006)

(www. thesahara. net, 2006)

Gambar 2.3



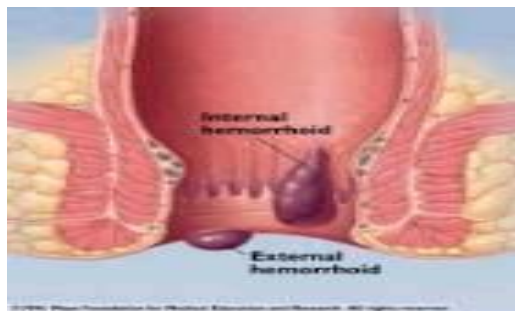
## Hemorroid Eksterna



(www. photo bucket. com, 2006) (www. bizimhastanemis. com, 2006)

Gambar 2.4

## Hemorroid Interna dan Eksterna



(www. venapro. com, 2006)

Gambar 2.5

## **Trombosis Hemorrhoid**



(www. unboundedmedicine. com, 2006)

Gambar 2.6

## **Prolaps Hemorrhoid**



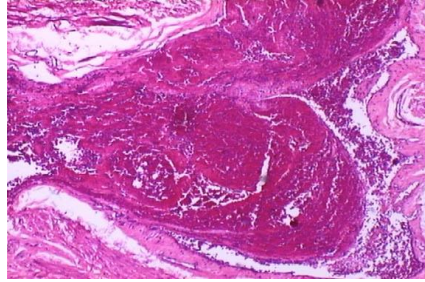
(www. thesahara. net, 2006)

Gambar 2.7

## **2. Secara Mikroskopik**

*Hemorroid* secara mikroskopik tampak dinding vena yang menipis terisi *thrombus* yang kadang-kadang telah menunjukkan tanda-tanda organisasi seperti *rekanalisasi*. (Patologi, F.K.UI, 1999)

## Trombosis Hemorrhoid



Gambar 2.8

### 2.1.8 Patofisiologi

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

*Hemoroid* dapat dibedakan atas *hemoroid eksterna* dan *interna*. *Hemoroid eksterna* dibedakan sebagai bentuk *akut* dan *kronis*. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada pinggir anus dan sebenarnya merupakan suatu *hematoma*, walaupun disebut sebagai *hemoroid trombosis eksternal akut*. Bentuk ini sering terasa sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung saraf pada kulit merupakan reseptor nyeri.

Kadang-kadang perlu membuang *trombus* dengan *anestesi* lokal, atau dapat diobati dengan “*kompres duduk*” panas dan *analgesik*. *Hemoroid eksterna kronis* atau *skin tag* biasanya merupakan *sekuele* dari *hematom akut*. *Hemoroid* ini berupa satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri dari jaringan ikat dan sedikit pembuluh darah. (Price, 2005)

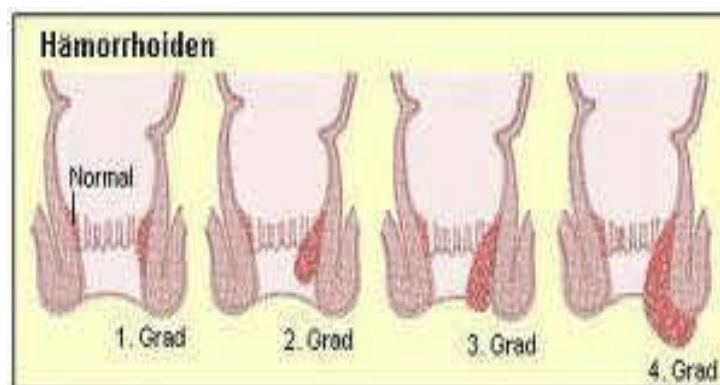
Hemoroid interna dibagi berdasarkan gambaran klinis atas :

Derajat 1, bila terjadi pembesaran *hemoroid* yang tidak *prolaps* keluar *kanal anus*, hanya dapat dilihat dengan *anorektoskop*.

Derajat 2, pembesaran *hemoroid* yang *prolaps* dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan.

Derajat 3, pembesaran *hemoroid* yang *prolaps* dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari.

Derajat 4, *prolaps hemoroid* yang permanen. Rentan dan cenderung untuk mengalami *thrombosis* dan *infark*. (Sudoyo,2006)



Gambar 2.9

Menurut Nugroho (2011) *hemoroid* dapat disebabkan oleh tekanan *abdominal* yang mampu menekan *vena hemoroidalis* sehingga menyebabkan dilatasi pada vena. Dilatasi tersebut dapat dibagi menjadi 2, yaitu :

a. Interna (dilatasi sebelum spinter)

1) Bila membesar baru nyeri

2) Bila vena pecah, BAB berdarah anemia

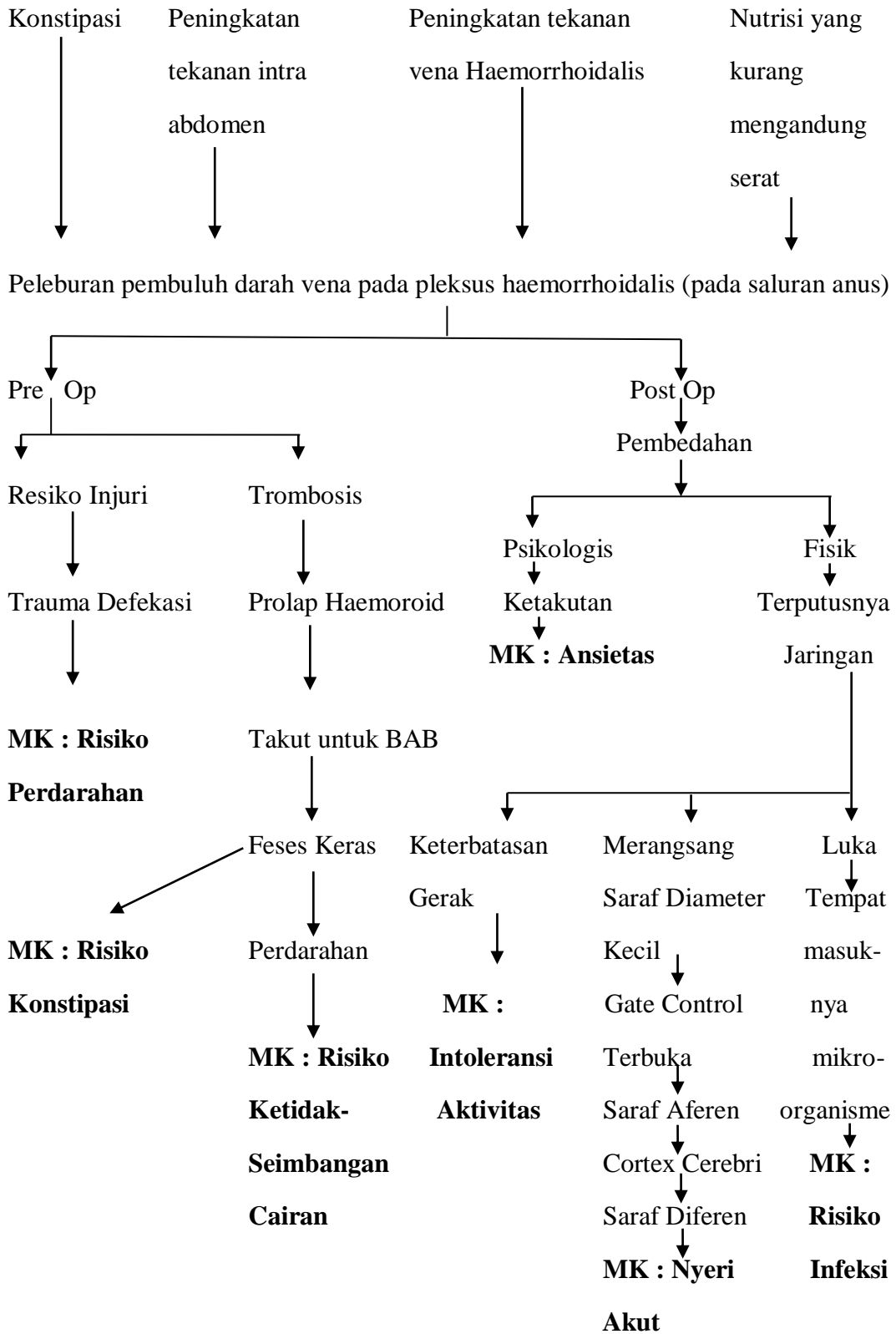
b. Eksterna (dilatasi sesudah spingter)

1) Nyeri

2) Bila vena pecah, BAB berdarah-trombosit-inflamasi

*Hemoroid* dapat terjadi pada individu yang sehat. *Hemoroid* umumnya menyebabkan gejala ketika mengalami pembesaran, peradangan, atau *prolaps*. Diet rendah serat menyebabkan bentuk *feses* menjadi kecil yang bisa mengakibatkan kondisi mengejan selama BAB. Peningkatan tekanan ini menyebabkan pembengkakan dari *hemoroid* kemungkinan gangguan oleh *venous return*. (Muttaqin, 2011)

WOC (*Web Of Caution*)



(Nurarif.A.H. dan Kusuma.H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.

### 2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Colok Dubur

Diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan *karsinoma rektum*. Pada *hemoroid interna* tidak dapat diraba sebab tekanan vena di dalamnya tidak cukup tinggi dan biasanya tidak nyeri

#### 2. Anoskop

Diperlukan untuk melihat *hemoroid interna* yang tidak menonjol keluar

#### 3. Proktosigmoidoskopi

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

### 2.1.10 Penatalaksanaan

#### a. Keperawatan

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

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

efek yang berarti kecuali sebagai efek anestetik dan astringen. Selain itu dilakukan juga skleroterapi, yaitu penyuntikan larutan kimia yang mereangsang dengan menimbulkan peradangan steril yang pada akhirnya menimbulkan jaringan parut. Untuk pasien derajat III dan IV, terapi yang dipilih adalah terapi bedah yaitu dengan *hemoroidektomi*. Terapi ini bisa juga dilakukan untuk pasien yang sering mengalami perdarahan berulang, sehingga dapat sebabkan anemia, ataupun untuk pasien yang sudah mengalami keluhan-keluhan tersebut bertahun-tahun. Dalam hal ini dilakukan pemotongan pada jaringan yang benar-benar berlebihan agar tidak mengganggu fungsi normal anus. (Murbawani, 2006)

Ada berbagai macam tindakan operasi. Ada yang mengikat pangkal hemoroid dengan gelang karet agar hemoroidnya nekrosis dan terlepas sendiri. Ada yang menyuntikkan sklerosin agen agar timbul jaringan parut. Bisa juga dengan fotokoagulasi inframerah, elektrokoagulasi dengan arus listrik, atau pengangkatan langsung hemoroid dengan memotongnya dengan pisau bedah. (Faisal, 2006)

*Hemorrhoid interna* dan *hemorrhoid eksterna* di diagnosa dengan membuat inspeksi, pemeriksaan digital, melihat langsung melalui anoskop atau proktoskop. Karena lesi demikian sangat umum, harus tidak dianggap sebagai penyebab perdarahan rectal atau anemia hipokromik kronik sampai pemeriksaan seksama telah dibuat terhadap



saluran makanan yang lebih proksimal. Kehilangan darah akut dapat terjadi pada hemorroid interna. Anemia kronik atau darah samar dalam feses dengan adanya hemorroid besar namun tidak jelas berdarah, memerlukan pencarian untuk polip, kanker atau ulkus.

*Hemorroid* berespons terhadap terapi konservatif seperti sitz bath atau bentuk lain seperti panas yang lembab, suppositoria, pelunak feses, dan tirah baring. *Hemorroid interna* yang prolaps secara permanen yang terbaik diobati secara bedah, derajat lebih ringan dari prolaps atau pembesaran dengan pruritus ani atau pendarahan intermitten dapat diatasi dengan pengikatan atau injeksi larutan sklerosing. Hemorroid eksterna yang mengalami trombosis akut diobati dengan insisi, ekstraksi bekuan dan kompresi daerah yang diinsisi setelah pengangkatan bekuan.

Tidak ada prosedur yang sebaiknya dilakukan dengan adanya radang anus akut, proktitis ulserativa, atau colitis ulserativa. Proktoskopi atau kolonoskopi sebaiknya selalu dilakukan sebelum hemorrhoidektomi. (Isselbacher, dkk,2000)

Terapi hemorroid non medis dapat berupa perbaikan pola hidup, makan dan minum, perbaikan cara/pola defekasi (buang air besar). Memperbaiki defekasi merupakan pengobatan yang selalu harus ada dalam setiap bentuk dan derajat hemorroid. Perbaikan defekasi disebut bowel management program (BMP) yang terdiri dari diet, cairan, serat tambahan, pelicin feses dan perubahan perilaku buang air. Dianjurkan untuk posisi jongkok waktu defekasi dan tindakan menjaga

kebersihan lokal dengan cara merendam anus dalam air selama 10-15 menit 3 kali sehari. Pasien dinasehatkan untuk tidak banyak duduk atau tidur, namun banyak bergerak/jalan. Pasien harus banyak minum 30-40 cc/kgBB/hari, dan harus banyak makan serat (dianjurkan sekitar 30 gram/hari) seperti buah-buahan, sayuran, sereal dan bila perlu suplementasi serat komersial. Makanan yang terlalu berbumbu atau terlalu pedas harus dihindari. (Merdikoputro, 2006)

b. Medis

**1) Penatalaksanaan Koservatif**

a) Koreksi konstipasi jika ada, meningkatkan konsumsi serat, laksatif, dan menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan konstipasi seperti kodein. (Daniel,W.J)

b) Perubahan gaya hidup lainnya seperti meningkatkan konsumsi cairan, menghindari konstipasi dan mengurangi mengejan saat buang air besar.

c) Kombinasi antara anestesi lokal, kortikosteroid, dan antiseptik dapat mengurangi gejala gatal-gatal dan rasa tak nyaman pada hemoroid. Penggunaan steroid yang berlama-lama harus dihindari untuk mengurangi efek samping. Selain itu suplemen flavonoid dapat membantu mengurangi tonus vena, mengurangi hiperpermeabilitas serta efek antiinflamasi meskipun belum diketahui bagaimana mekanismenya. (Acheson, A.G)

## 2) Pembedahan

Apabila *hemoroid internal* derajat I yang tidak membaik dengan penatalaksanaan konservatif maka dapat dilakukan tindakan pembedahan.

HIST (*Hemorrhoid Institute of South Texas*) menetapkan indikasi tatalaksana pembedahan *hemoroid* antara lain : (Acheson, A.G)

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

Pembedahan yang sering dilakukan yaitu : (Halverson, A & Acheson, A.G)

- a. Skleroterapi
- b. *Rubber band ligation*
- c. *Infrared thermocoagulation*
- d. Bipolar Diathermy
- e. Laser *haemorrhoidectomy*
- f. Doppler *ultrasound guided haemorrhoid artery ligation*
- g. *Cryotherapy*
- h. *Stappled Hemorrhoidopexy*

### 2.1.11 Pencegahan

- a. Konsumsi makanan tinggi serat seperti sayur-sayuran, buah-buahan dan kacang-kacangan karena dapat membuat feses menjadi lunak sehingga mengurangi proses mengedan dan tekanan pada vena anus.
- b. Minuman air sebanyak 6-8 gelas sehari agar tubuh kita tidak kekurangan cairan tubuh.
- c. Melakukan kegiatan seperti olahraga rutin (seperti : jogging, senam, berenang).
- d. Mengubah kebiasaan buang air besar. Bila ingin buang air besar segeralah ke kamar mandi karena akan menyebabkan feses menjadi keras dan jangan duduk terlalu lama. (Merdikoputro, 2006)  
  
(Gotera, 2006).

### 2.1.12 Komplikasi

*Hemoroid* yang paling sering adalah perdarahan, thrombosis, dan strangulasi. *Hemoroid strangulasi* adalah *hemoroid* yang prolaps dengan suplai darah dihalangi oleh sfingter ani. (Price, 2005)

Komplikasi *hemoroid* antara lain :

1. Luka dengan tanda rasa sakit yang hebat sehingga pasien takut mengejan dan takut berak. Karena itu, tinja makin keras dan semakin memperberat luka di anus.

2. Infeksi pada daerah luka sampai terjadi nanah dan fistula (saluran tak normal) dari selaput lendir usus/anus.
3. Perdarahan akibat luka, bahkan sampai terjadi anemia.
4. Jepitan, benjolan keluar dari anus dan terjepit oleh otot lingkaran dubur sehingga tidak bisa masuk lagi. Sehingga, tonjolan menjadi merah, makin sakit, dan besar. Dan jika tidak cepat-cepat ditangani dapat busuk. (Dermawan, 2010)

## **2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis**

Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik actual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan.

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **1. Biodata**

- a. Identitas Pasien : Nama/Inisial, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, no MR, ruang rawat, tanggal masuk, tanggal pengkajian.
- b. Identitas Penanggung Jawab : Nama/Inisial, umur, jenis kelamin, hubungan keluarga, pekerjaan, alamat.

## **2. Alasan Masuk/Keluhan Utama**

Keluhan utama merupakan hal yang pertama kali dikeluhkan klien kepada perawat / pemeriksa.

## **3. Riwayat Kesehatan**

### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Riwayat kesehatan sekarang merupakan pengembangan dari keluhan utama yang mencakup PQRST. Adapun hal – hal yang harus diperhatikan saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan sekarang klien, yaitu :

- 1) Apakah ada rasa gatal, panas / terbakar dan nyeri pada saat defekasi.
- 2) Adakah nyeri abdomen.
- 3) Apakah ada perdarahan di rectum, seberapa banyak, seberapa sering, dan apa warnanya (merah segar atau warna merah tua).
- 4) Bagaimana pola eliminasi klien, apakah seing menggunakan laktasif atau tidak.

### **b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Tanyakan pada klien apakah dahulu pernah mengalami hal yang sama, kapan terjadinya, bagaimana cara pengobatannya. Apakah memiliki riwayat penyakit yang dapat menyebabkan hemoroid atau yang dapat menyebabkan kambuhnya hemoroid.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan apakah keluarga klien memiliki riwayat penyakit menular (seperti TBC, HIV/AIDS, hepatitis, dll) maupun riwayat penyakit keturunan (seperti hipertensi, Diabetes, asma, dll).

**4. Pemeriksaan Fisik**

1) Keadaan Umum Klien

Penampilan klien, ekspresi wajah, bicara, mood, berpakaian dan kebersihan umum, tinggi badan, BB, gaya berjalan.

2) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan pada tanda-tanda vital mencakup : suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah.

Pemeriksaan fisik pada pasien hemoroid biasanya seperti pemeriksaan fisik pada umumnya, tetapi pada saat pemeriksaan rectum dilakukan hal – hal sebagai berikut :

Pasien dibaringkan dengan posisi menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada tempat tidur (posisi genupectoral / kneechest).

1) Inspeksi

- a) Pada inspeksi lihat apakah ada benjolan sekitar anus
- b) Apakah benjolan terlihat saat prolaps
- c) Bagaimana warnanya, apakah kebiruan, kemerahan, atau kehitaman.
- d) Apakah benjolan tersebut terletak diluar atau didalam (internal / eksternal)

## 2) Palpasi

Palpasi dilakukan dengan menggunakan sarung tangan dan vaselin dengan melakukan rektal taucher, dengan memasukan satu jari kedalam anus. Apakah ada benjolan, apakah benjolan tersebut lembek, lihat apakah ada perdarahan.

## 5. Data Biologis

Di kaji kegiatan/aktivitas sehari-hari pasien seperti : saat sehat porsi makan selalu habis minumannya pun 7-8 L/hari atau saat sakit porsi makannya tidak habis atau ½ porsi, dalam pengkajian eliminasi saat sehat BAB rutin dalam sehari 2-3 kali dan tidak ada kesulitan dan BAK juga rutin dalam sehari 9-10 kali dan tidak ada kesulitan, dan saat sakit BAB dan BAK pasien mengalami kesulitan seperti halnya BAB sulit mengedan atau konsistensi cair dan BAK terganggu sehingga dipasang kateter, istirahat dan tidur tidak ada kesulitan saat sehat dan saat sakit bisa saja terganggu tidur karena penyakit yang diderita pasien, dan juga personal hygiene pasien saat sehat bisa melakukan sendiri dan saat sakit dibantu oleh keluarga dan kerabat pasien.

## 6. Riwayat Alergi

Di kaji melalui pasien atau keluarga pasien riwayat alergi pasien baik makanan, minuman, maupun obat-obatannya.



## **7. Data Psikologis**

Di kaji perilaku verbal pasien yaitu bagaimana pasien memberikan jawaban kepada perawat dan non verbal pasien yaitu bagaimana perawat melihat keadaan dan tingkat kesadaran pasien, di kaji emosi pasien dalam menghadapi penyakitnya apakah pasien sudah tenang atau stabil, di kaji persepsi penyakit bagaimana pasien memandang penyakit yang dia derita, di kaji konsep diri bagaimana sikap pasien apakah dia optimis atau pesimis dalam menghadapi penyakit yang dia derita, di kaji bagaimana pasien beradaptasi dengan lingkungan pasien disekitarnya, dan juga di kaji mekanisme pertahanan diri pasien terhadap penyakitnya yang di deritanya apakah dengan cara bercerita dengan keluarga atau kerabatnya atau dengan cara dipendam sendiri oleh pasien.

## **8. Data Sosial Ekonomi**

Di kaji bagaimana pola komunikasi pasien saat sakit, orang yang dapat memberi rasa nyaman, orang yang paling berharga bagi pasien, dan hubungan keluarga dengan lingkungan sekitarnya.

## **9. Data Spiritual**

Di kaji data spiritual pasien seperti keyakinan terhadap agama yang dianut, ketaatan beribadah, dan keyakinan terhadap penyembuhan penyakitnya.

## **10. Data Penunjang**

Biasanya yang diperlukan dalam pengkajian data penunjang yaitu data laboratorium dan hasil pemeriksaan colonoscopy yang sangat menunjang dalam pengkajian penyakit hemoroid, pemeriksaan EKG (*jika ada*), pemeriksaan thoraks (*jika ada*), dan pemeriksaan lainnya.

## **11. Data Pengobatan**

Di kaji data pengobatan seperti obat non parenteral, obat parenteral, dan obat intra vena (*jika ada*) berapa dosis yang diberikan oleh perawat dan kapan waktu pemberian obat.

## **12. Data Fokus**

Di dalam data fokus ada data subjektif yaitu data yang dikeluhkan oleh pasien dan keluarga pasien dan data objektif data yang tampak oleh perawat pada pasien.

### **2.2.2 Kemungkinan Diagnosis Yang Muncul**

- a. Pre Operasi
  - 1) Risiko Perdarahan
  - 2) Risiko Konstipasi
  - 3) Risiko Ketidakseimbangan Cairan
- b. Post Operasi
  - 1) Ansietas
  - 2) Intoleransi Aktivitas
  - 3) Risiko Infeksi
  - 4) Nyeri Akut

### 2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

#### 1. Pre Op

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<b>Diagnosis Keperawatan :</b>  Risiko Perdarahan	<b>Tujuan :</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat mengurangi risiko mengalami kehilangan darah baik internal maupun eksternal.  <b>Kriteria Hasil :</b>  1. Membran mukosa lembap meningkat  2. Kelembapan kulit meningkat  3. Kognitif meningkat	<b>Pencegahan Perdarahan</b>  <i>Observasi :</i>  1. Monitor tanda dan gejala perdarahan  2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah  3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik  4. Monitor koagulasi  <i>Terapeutik :</i>  1. Pertahankan bed rest selama perdarahan

---

4. Hemoptisis menurun	2. Batasi tindakan invasive, <i>jika perlu</i>
5. Hematemesis menurun	3. Gunakan kasur pencegah dekubitus
6. Hematuria menurun	4. Hindari pengukuran suhu rectal
7. Perdarahan anus menurun	<i>Edukasi :</i>
8. Distensi abdomen menurun	1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
9. Perdarahan vagina menurun	2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
10. Perdarahan pasca operasi menurun	3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi
11. Hemoglobin membaik	4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
12. Hematokrit membaik	5. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
13. Tekanan darah membaik	6. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
14. Frekuensi nadi membaik	
15. Suhu tubuh membaik	

---

---

*Kolaborasi :*

1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
2. Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

---

2. **Diagnosis Keperawatan :** **Tujuan :**

Risiko Konstipasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat mengurangi risiko mengalami kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap.

**Kriteria Hasil :**

1. Kontrol pengeluaran feses meningkat
2. Keluhan defekasi lama dan sulit

---

**Pencegahan Konstipasi**

*Observasi :*

1. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang)
2. Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis. defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama / sulit, feses keras, peristaltik menurun)
3. Identifikasi status kognitif untuk

---

menurun	mengkomunikasikan kebutuhan
3. Mengejan saat defekasi menurun	4. Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi
4. Distensi abdomen menurun	<i>Terapeutik :</i>
5. Teraba massa pada rektal menurun	1. Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol
6. <i>Urgency</i> menurun	2. Jadwalkan rutinitas BAK
7. Nyeri abdomen menurun	3. Lakukan masase abdomen
8. Kram abdomen menurun	4. Berikan terapi akupresur
9. Konsistensi feses membaik	<i>Edukasi :</i>
10. Frekuensi BAB membaik	1. Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi
11. Peristaltik usus membaik	2. Anjurkan minum air putih sesuai dengan kebutuhan (1500-2000 mL/hari)
	3. Anjurkan mengkonsumsi makanan berserat (25-30 gram/hari)
	4. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai

---

---

kebutuhan

5. Anjurkan berjalan 15-20 menit 1-2 kali/hari

6. Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses

**BAB**

*Kolaborasi :*

1. Kolaborasi dengan ahli gizi, *Jika perlu*

---

3. <b>Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Cairan</b>
Risiko Ketidakseimbangan Cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat mengurangi risiko penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular.	<p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</li> <li>2. Monitor berat badan harian</li> <li>3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis</li> <li>4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN)</li> <li>5. Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP <i>jika tersedia</i>)</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li> <li>2. Berikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>3. Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i></li> </ol>
	<b>Kriteria Hasil :</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan cairan meningkat</li> <li>2. Output urin meningkat</li> <li>3. Membran mukosa lembap</li> <li>4. Asupan makanan meningkat</li> <li>5. Edema menurun</li> <li>6. Dehidrasi menurun</li> <li>7. Asites menurun</li> </ol>	

---



---

8. Konfusi menurun

*Kolaborasi :*

9. Tekanan darah membaik

1. Kolaborasi pemberian diuretik, *jika perlu*

10. Frekuensi nadi membaik

11. Kekuatan nadi membaik

13. Tekanan arteri rata-rata membaik

14. Mata cekung membaik

15. Turgor kulit membaik

16. Berat badan membaik

---

## 2. Post Op

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<b>Diagnosis Keperawatan :</b>  Anxietas	<b>Tujuan :</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien dapat mengurangi kecemasan.  <b>Kriteria Hasil :</b>  1. Verbalisasi kebingungan menurun  2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun  3. Perilaku gelisah menurun  4. Perilaku tegang menurun  5. Keluhan pusing menurun	<b>Reduksi Anxietas</b>  <i>Observasi :</i>  1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor)  2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan  3. Monitor tanda-tanda anxietas (verbal dan nonverbal)  <i>Terapeutik :</i>  1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan  2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i>

---

6. Anoreksia menurun	3. Pahami situasi yang membuat ansietas
7. Palpitasi menurun	4. Dengarkan dengan penuh perhatian
8. Diaforesis menurun	5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
9. Tremor menurun	6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
10. Pucat menurun	7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
11. Konsentrasi membaik	8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
12. Pola tidur membaik	<i>Edukasi :</i>
13. Frekuensi nadi membaik	1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
14. Tekanan darah membaik	2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis,
15. Kontak mata membaik	
16. Pola berkemih membaik	
17. Orientasi membaik	

---

---

pengobatan, dan prognosis

3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu*

4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, *sesuai kebutuhan*

5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat

8. Latih teknik relaksasi

*Kolaborasi :*

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

---

---

<b>2.    <b>Diagnosis Keperawatan :</b></b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Energi</b>
Intoleransi Aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien dapat beraktivitas secara mandiri baik dengan atau tanpa bantuan alat.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menopang berat badan meningkat</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat</li> <li>3. Berjalan dengan langkah pelan meningkat</li> <li>4. Berjalan dengan langkah sedang meningkat</li> <li>5. Berjalan dengan langkah cepat</li> </ol>	<p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat</li> </ol>

---

---

meningkat	berpindah atau berjalan
6. Berjalan menanjak meningkat	<i>Edukasi :</i>
7. Berjalan menurun meningkat	1. Anjurkan tirah baring
8. Berjalan jarak pendek meningkat	2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
9. Berjalan jarak sedang meningkat	3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
10. Berjalan jarak jauh meningkat	4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
11. Berjalan mengitari ruangan meningkat	<i>Kolaborasi :</i>
12. Berjalan melewati ringtangan meningkat	1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
13. Nyeri saat berjalan menurun	
14. Kaku pada persendian menurun	

---

---

15. Keengganan berjalan menurun

16. Perasaan khawatir saat berjalan  
menurun

---

<b>3. Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Pencegahan Infeksi</b>
Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat mengontrol infeksi.	<i>Observasi :</i> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
	<b>Kriteria Hasil :</b>	<i>Terapeutik :</i> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
	1. Kebersihan tangan meningkat	<i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	2. Kebersihan badan meningkat	2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
	3. Demam menurun	
	4. Kemerahan menurun	
	5. Nyeri menurun	

---

---

6. Nyeri menurun	3. Ajarkan etika batuk
7. Bengkak menurun	4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
8. Vesikel menurun	5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
9. Cairan berbau busuk menurun	6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
10. Sputum berwarna hijau menurun	<i>Kolaborasi :</i>
11. Drainase purulen menurun	1. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>
12. Piuria menurun	
13. Periode malaise menurun	
14. Periode menggigil menurun	
15. Letargi menurun	
16. Gangguan kognitif menurun	
17. Kadar sel darah putih membaik	

---



---

18. Kultur darah membaik

19. Kultur urine membaik

20. Kultur sputum membaik

21. Kultur area luka membaik

22. Kultur feses membaik

23. Nafsu makan membaik

---

<b>4. Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Nyeri</b>
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat mengontrol nyeri.  <b>Kriteria Hasil :</b>  1. Keluhan nyeri menurun	<i>Observasi :</i>  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  2. Identifikasi skala nyeri  3. Identifikasi respon nyeri non verbal

---

---

2. Meringis menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
3. Sikap protektif menurun	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
4. Gelisah menurun	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
5. Kesulitan tidur menurun	7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
6. Menarik diri menurun	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
7. Berfokus pada diri sendiri menurun	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
8. Diaforesis menurun	<i>Analgetik :</i>
9. Perasaan depresi (tertekan) menurun	1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
11. Anoreksia menurun	3. Fasilitasi istirahat dan tidur
12. Perineum terasa tertekan menurun	

---

---

13. Uterus terasa membulat menurun	4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
14. Ketegangan otot menurun	
15. Pupil dilatasi menurun	<i>Edukasi :</i>
16. Muntah menurun	1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
17. Mual menurun	2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
18. Frekuensi nadi membaik	3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
19. Pola napas membaik	4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
20. Tekanan darah membaik	5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
21. Proses berfikir membaik	
22. Fokus membaik	<i>Kolaborasi :</i>
23. Fungsi berkemih membaik	1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
24. Perilaku membaik	

---

---

25. Nafsu makan membaik

26. Pola tidur membaik

---

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun demikian, di banyak lingkungan perawatan kesehatan, implementasi mungkin dimulai secara langsung setelah pengkajian. (Potter & Harry, 2005)

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditemukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

## BAB III

### TINJUAN KASUS

#### 3.1 Pengkajian

##### 3.1.1 Identitas Pasien/Klien

- Nama/Inisial : Tn.B No MR : 272693
- Umur : 68 Tahun Ruang Rawat : Ambun Suri  
Lt.1 No. 3-2
- Jenis Kelamin : Laki-laki Tgl Masuk : 05 Juni 2019
- Status : Sudah Menikah Tgl Pengkajian : 19 Juni 2019
- Agama : Islam Tgl Operasi : 21 Juni 2019
- Pekerjaan : Tani
- Pendidikan : SLTA
- Alamat : Tabek Patah

##### Penanggung Jawab

- Nama : Tn. S
- Umur : 29 Tahun
- Hub. Keluarga : Anak
- Pekerjaan : Wiraswasta
- Alamat : Tabek Patah

### **3.1.2 Alasan Masuk**

Pasien mengatakan sudah 1 minggu SMRS menderita nyeri pada anus dan pasien mengatakan masuk RSUD Dr. Achmad Mochtar pada tanggal 05-06-2019 karena mengalami peradangan pada ambeien, dan pada pagi hari SMRS pasien merasakan nyeri pada anus.

#### **1) Riwayat Kesehatan**

##### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

##### **(Pre Op)**

Pasien mengatakan nyeri pada anus penyebabnya karena adanya benjolan pada anus, nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris, pasien mengatakan nyeri pada anusnya dan abdomen, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 6, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4, namun kesadaran pasien tetap composmentis yaitu GCS 15, dan pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari. pasien mengatakan cemas, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan sulit tidur.

**(Post Op)**

Pasien mengatakan nyeri pada anus penyebabnya karena setelah operasi, nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris, pasien mengatakan nyeri pada anusnya, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4, namun kesadaran pasien tetap composmentis yaitu GCS 15, pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu keluarga, pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien mengatakan letih, pasien mengatakan lemah.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

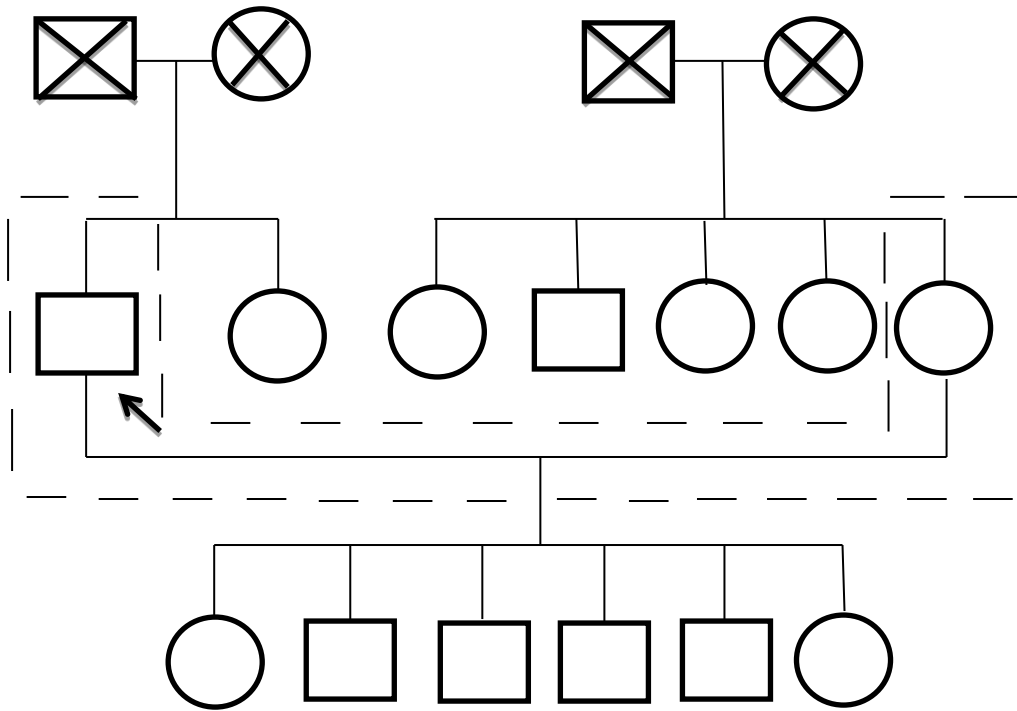
Pasien mengatakan pernah dirawat di RS dengan riwayat hernia 7 tahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki riwayat jantung 8 tahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki riwayat paru 4 tahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, pasien juga mengatakan memiliki riwayat maag.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit seperti pasien.



### Genogram



**Ket :**



: Laki- laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien

— — — : Tinggal Serumah

### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15  $\longrightarrow$  E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>

BB/TB : 53 kg/160 cm

#### Tanda Vital

TD : 110/70 mmHg

Pernafasan : 20 x/menit

Nadi : 89 x/menit

Suhu : 36,8°C

#### 1. Kepala

- Rambut

Keadaan kepala simetris, tidak ada lesi, warna hitam, kulit kepala bersih dan rambut tidak berminyak, tidak ada pembengkakan, tekstur rambut rapuh mudah rontok.

- Mata

Mata simetris mata kiri kanan, simetris bola mata kiri dan kanan, warna kongjungtiva merah muda, sklera normal tidak ada perubahan warna, tidak ada pembengkakan disekitar mata, saat dilakukan pemeriksaan dengan cara lapang pandang pasien bisa menyebutkan apa yang diperagakan dengan dilihat sama.

- Telinga

Bentuk dan posisi simetris kiri kanan, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan bersih tidak ada serumen, pendengaran tidak terganggu, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.

- Hidung

Hidung simetris kiri kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan dan pendarahan, tidak ada secret, tidak ada polip, penciuman tidak terganggu, terpasang O2 nasal kanul 3 liter/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

- Mulut dan Gigi

Warna mukosa mulut dan bibir pucat, kering, tidak ada lesi, memakai gigi palsu, tidak ada perdarahan/radang gusi, lidah simetris, langit-langit utuh dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

2. Leher

Warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, arteri karotis terdengar, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada nyeri.

### 3. Thorak

- Paru-paru

I : Simetris kiri kanan, dinding dada tidak ada benjolan

P : Tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus sama kiri dan kanan

P : Bunyi sonor

A : Bunyi vesikuler

- Jantung

I : Simetris kiri kanan, pergerakan jantung normal

P : Tidak nyeri tekan

P : Redup dibatas kiri tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis midsternal pada ruang interkostal ke 4,5 dan 8.

A : Terdengar S1 Lup, S2 Dup

- Abdomen

I : Simetris kiri kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada tonjolan

A : Bising usus 32x/detik

P : Tidak ada pembengkakan, ada nyeri tekan pada abdomen, nyeri yang dirasakan seperti diiris-iris, skala nyeri 4, tidak ada massa dan penumpukan cairan.

P : Bunyi tympani

- Punggung

Punggung simetris kiri kanan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada luka dekubitus

- Ekstremitas
  - a. Ekstremitas atas simetris kiri kanan, terdapat lesi di bagian tangan kanan bekas pemasangan infus (*flebitis*), tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan.
  - b. Ekstremitas bawah simetris kiri kanan, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada varises, terpasang infus di bagian kaki kiri yaitu NaCl 3% 21 tetes/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan, tidak ada kekakuan sendi.

- Genitalia

Keadaan bersih, terpasang kateter, warna urine kuning, jumlah urine dalam urine bag 100 cc saat pengkajian, dan pada anus terdapat benjolan saat pengkajian.

- Integumen

Keadaan bersih, turgor kulit kering.

Kekuatan Otot : 
$$\begin{array}{c|c} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

### 3.1.5 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT (Pre Op)	SAKIT (Post Op)
1.	<b>Makanan dan Minuman /Nutrisi</b>			
	<b>Makan</b>			
	- Menu	Nasi Putih + Lauk Pauk	Makanan Lunak	Makanan Lunak
	- Porsi	1 Porsi	½ Porsi	1 Porsi
	-Makanan Kesukaan	Roti, Kue	Tidak Ada	Roti
	- Pantangan	Tidak Ada	Roti, Biskuat, Kue	Tidak Ada
	<b>Minum</b>			
	- Jumlah	7-8 L/Hari	4-5 L/Hari	6-7 L/Hari
	-Minuman Kesukaan	Teh, Air Putih	Air Putih	Air Putih
	- Pantangan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

## 2. Eliminasi

### BAB

- Frekuensi	2 x/hari	6-7 x/hari	2-3 x/hari
- Warna	Kuning	Kuning	Kuning
- Bau	Khas	Khas	Khas
- Konsistensi	Padat	Cair	Padat
- Kesulitan	Tidak Ada	Ada benjolan di anus dan nyeri	Nyeri setelah operasi

### BAK

- Frekuensi	9-10 x/hari	Terpasang Kateter	Terpasang Kateter
- Warna	Kuning	Kuning	Kuning
- Bau	Pesing	Pesing	Pesing
- Konsistensi	Cair	Cair	Cair
- Kesulitan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada

## 3. Istirahat dan

### Tidur

- Waktu Tidur	Malam Hari	Malam Hari	Malam Hari
---------------	------------	------------	------------

- |                              |                         |                         |                                      |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| - Lama Tidur                 | 8-9 Jam/Hari            | 2-3 Jam/Hari            | 3-4 Jam/Hari                         |
| - Hal yang mempermudah tidur | Keletihan dalam bekerja | Obat Tidur : Alprazolam | Obat Tidur : Alprazolam              |
| - Kesulitan Tidur            | Tidak Ada               | Gelisah Karena Nyeri    | Gelisah Karena Nyeri Setelah Operasi |

**4. Personal Hygiene**

- |               |           |                      |                      |
|---------------|-----------|----------------------|----------------------|
| - Mandi       | 2x/hari   | Hanya di lap 2x/hari | Hanya di lap 2x/hari |
| - Cuci Rambut | 2x/hari   | Hanya di lap 2x/hari | Hanya di lap 2x/hari |
| - Gosok Gigi  | 2x/hari   | 1x/hari              | 1x/hari              |
| - Potong Kuku | 1x/minggu | 1x/2 minggu          | 1x/2 minggu          |
-



### **3.1.6 Riwayat Alergi**

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada memiliki alergi terhadap obat-obatan maupun makanan dan minuman.

### **3.1.7 Data Psikologis**

#### 1. Perilaku Verbal

Cara Menjawab : Pasien tampak menjawab jika di tanya

Cara Informasi : Perawat memberikan informasi lewat pasien dan keluarga

#### 2. Perilaku Non Verbal

Tingkat Kesadaran : Sedang

Kesadaran Umum : Composmentis

#### 3. Emosi

Emosi pasien tampak stabil dan keadaan pasien mulai tenang

#### 4. Persepsi Penyakit

- Pasien tampak sabar dan tabah dengan penyakitnya
- Pasien selalu semangat menjalankan hidupnya dan selalu optimis dalam hidupnya

#### 5. Konsep Diri

Sikap terhadap diri sendiri pasien optimis akan sembuh

#### 6. Adaptasi

Pasien beradaptasi dengan lingkungan sekitar

## 7. Mekanisme Pertahanan Diri

*Simpatisme* = Dengan cara bercerita tentang kesulitan yang ia alami

### 3.1.8 Data Sosial Ekonomi

#### 1. Pola Komunikasi

Pasien tampak berkomunikasi baik dengan istri dan juga anaknya

#### 2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Istri dan anak pasien

#### 3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Istri dan anak pasien

#### 4. Hubungan keluarga dengan lingkungan sekitarnya

Sangat baik

### 3.1.9 Data Spiritual

#### 1. Keyakinan

Pasien mengatakan beragama islam

#### 2. Ketaatan Beribadah

Pasien dan keluarga mengatakan menjalankan shalat 5 waktu

#### 3. Keyakinan Terhadap Penyembuhan

Pasien mengatakan ia pasti sembuh dan bila melakukan aktivitas dan tidak terlalu banyak pikiran

### 3.1.10 Data Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Laboratorium (17-Juni-2019)

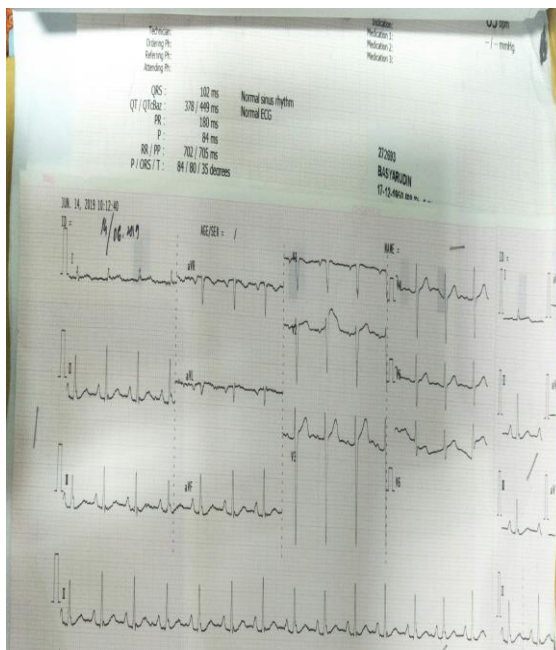
No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1.	HGB	15,0	g/dL	P : 13,0 – 16,0 W : 12,0 – 14,0
2.	RBC	6,29	$10^6/\text{mm}^3$	P : 4,5 – 5,5 W : 4,0 – 5,0
3.	HCT	39,4	%	P : 40,0 – 48,0 W : 37,0 – 43,0
4.	MCV	85,4	fL	80 – 97
5.	MCH	23,8	Pg	26,5 – 33,5
6.	MCHC	38,1	g/dL	31,5 – 35,0
7.	RDW-SD	30,1	fL	
8.	RDW-CV	13,6	%	10,0 – 15,0
9.	WBC	12,8	$10^3/\text{mm}^3$	5,0 – 10,0
10.	EO%	2,1	%	1 – 3
11.	BASO%	0,2	%	0 – 1

12.	NEUT%	79,8	%	50 – 70
13.	LYMPH%	8,4	%	20 – 40
14.	MONO%	9,5	%	2 – 8
15.	EO#	0,25	$10^3/\text{mm}^3$	
16.	BASO#	0,02	$10^3/\text{mm}^3$	
17.	NEUT#	9,65	$10^3/\text{mm}^3$	
18.	LYMPH#	1,01	$10^3/\text{mm}^3$	
19.	MONO#	1,15	$10^3/\text{mm}^3$	
20.	PLT	305	$10^3/\text{mm}^3$	150 – 400
21.	PDW	8,5	fL	10,0 – 18,0
22.	MPV	8,4	fL	6,5 – 11,0
23.	P-LCR	12,1	%	
24.	PCT	0,13	%	
25.	PT	9,6	Sec	9,5 – 11,7
26.	APTT	33,6	Sec	28 – 42
27.	INR	0,87	%	
28.	Kalium	4,10	mEq/l	3,5 - 5,5

29.	Natrium	133,9	mEq/l	135 – 147
30.	Khlorida	101,7	mEq/l	100 – 106

---

## 2. Pemeriksaan EKG (14-Juni-2019)



Hasilnya : QRS = 102 ms,

QT/QTcBaz = 378/449 ms,

PR = 180 ms, P = 84 ms,

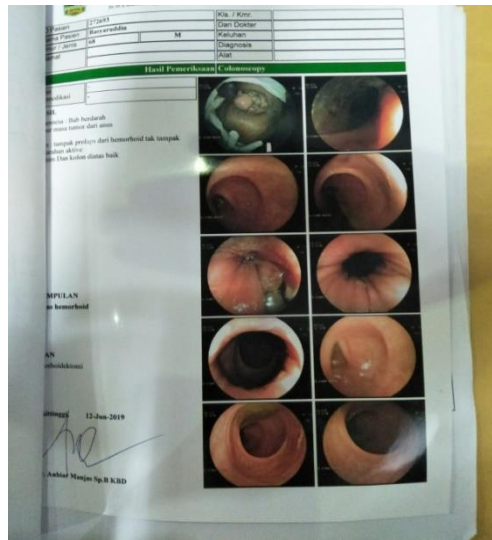
RR/PP = 702/705 ms,

P/QRS/T = 84/80/35 degrees

Normal sinus rhythm dan normal ECG.

Gambar 3.1 Pemeriksaan EKG

### 3. Pemeriksaan Colonoscopy (12-Juni-2019)



Hasilnya : Tampak prolaps dari hemorrhoid tak tampak perdarahan aktive, rektum dan kolon diatas baik.

Gambar 3.2 Pemeriksaan Colonoscopy

### 4. Pemeriksaan Thoraks AP (11-Juni-2019)



Hasilnya : Tulang dan jaringan lunak dinding dada tak tampak kelainan, sinuses dan diafragma normal, Cor: tak membesar, CTI normal, mediastinum atas tak melebar, trakhea relative ditengah, pulmo; hili normal, corak bronkhovascular baik, tak tampak infiltrate atau nodul opak bilateral paru.

Gambar 3.3 Pemeriksaan Thoraks

### 3.1.11 Data Pengobatan

No	Nama Obat	Dosis yang diberikan	Waktu Pemberian
<b>1. Obat Non Parenteral</b>			
	- Rhodium Kapsul	2x1	Setiap 12 jam sesudah makan
	- Amlodipine	1x5 mg	Setiap pagi
	- ISDN	1x5 mg	
	- Nitrokaf	2x2,5 mg	Setiap 12 jam sesudah makan
	- Concor Tablet	1x1,25 mg	Sebelum tidur di malam hari
	- Spironalachon Tablet	1x25 mg	Sesudah makan pagi
	- Alprazolam Tablet	1x0,5 mg	Pada malam hari
	- Ambroxol Tablet	3x10 mg	Sesudah makan
<b>2. Obat Parenteral</b>			
	- Omeprazole (OMZ)	2x20 mg	Setiap 12 jam
	- A. Tranexamat	3x500 mg	Setiap 8 jam
	- Vit.K	3x10 mg	Setiap 8 jam (IV)

### 3. Obat Intra Vena

- NaCl 3%                                      500 ml                                      Setiap 8 jam

---

#### 3.1.12 Data Fokus

##### a. Pre Op

##### 1) Data Subjektif :

- Pasien mengatakan nyeri pada anus
- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena adanya benjolan pada anus
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris
- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 6
- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari
- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen
- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris
- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4
- Pasien mengatakan nyeri di abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari



- Pasien mengatakan tidak nafsu makan
- Pasien mengatakan BB sebelum sakit : 60 kg, BB saat sakit : 53 kg
- Pasien mengatakan cemas
- Pasien mengatakan tidak nyaman
- Pasien mengatakan letih
- Pasien mengatakan lemah

2) Data Objektif :

- Pasien tampak ada benjolan di anusnya
- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak hanya menghabiskan ½ porsi makanan
- Pasien tampak BAB 6-7x/hari
- BAB pasien tampak cair
- Pasien tampak memakai pampers/pembalut
- BB sebelum sakit : 60 kg, BB saat sakit : 53 kg
- IMT = 21,48
- Pasien tampak lemah
- Pasien tampak sulit tidur
- Tampak disekitar mata pasien hitam
- Pasien tampak letih di siang harinya
- Pasien tampak sering menguap
- Pasien tampak sering mengeluh
- Pasien tampak terpasang cairan infuse NaCl 3% 21 tetes/menit di ekstremitas atas bagian kanan

- Pasien tampak terpasang oksigen 3 liter/menit
- Pasien tampak terpasang kateter dengan keadaan urine berwarna kuning
- Skala nyeri di anus 6
- Skala nyeri di abdomen 4
- Bising usus 32x/menit
- Hb : 15,0 g/dL
- Kalium : 4,10 mEq/l
- MCV : 85,4 fL, normal : (80-97)
- MCH : 23,8 pg, normal : (26,5-33,5)
- PDW : 8,5 fL , normal : (10,0-18,0)
- Natrium 133,9 mEq/l , normal : (135-147)
- TD : 110/70 mmHg
- Nadi : 89x/menit
- Pernapasan : 20x/menit
- Suhu : 36,8°C
- CRT : +/- 4 detik

b. Post Op (21-Juni-2019)

1) Data Subjektif :

- Pasien mengatakan nyeri pada anus setelah operasi
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris
- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4

- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari
- Pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu keluarga
- Pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi
- Pasien mengatakan tidak nyaman
- Pasien mengatakan letih
- Pasien mengatakan lemah

2) Data Objektif :

- Pasien tampak tidak ada benjolan lagi di anusnya
- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak lemah
- Pasien tampak sulit tidur
- Tampak disekitar mata pasien hitam
- Pasien tampak terpasang cairan infuse NaCl 3% 21 tetes/menit di ekstremitas atas bagian kanan
- Pasien tampak terpasang oksigen 3 liter/menit
- Pasien tampak terpasang kateter dengan keadaan urine berwarna kuning
- Pasien tampak dibantu dalam beraktivitas
- Pasien tampak bedrest
- Skala nyeri 4
- TD : 100/90 mmHg
- Nadi : 95x/menit

- Pernapasan : 24x/ menit
- Suhu : 36,5°C

### 3.1.13 Analisa Data

#### 1) Pre Op

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<b>DS :</b>	Diare	Iritasi
	- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen		
	- Pasien mengatakan ada BAB sebanyak 6-7 x/hari		
	- Pasien mengatakan BAB cair		
	- Pasien mengatakan tidak nyaman		
	<b>DO :</b>		
	- Pasien tampak gelisah		
	- Pasien tampak letih		
	- Pasien tampak memakai pampers/pembalut		
	- Skala nyeri 4		

---

- Bising usus 32x/menit

- BAB pasien tampak cair

- BAB 6-7x/hari

- Nadi : 89 x/menit

- CRT : +/- 4 detik

---

2. DS :	Nyeri Akut	Agen Cedera
		Fisiologis
- Pasien mengatakan nyeri pada anus		
- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena adanya benjolan pada anus		
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris		
- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 6		
- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam		

---

---

hingga mengganggu tidur saat

malam hari

- Pasien mengatakan tidak nyaman

- Pasien mengatakan letih

**DO :**

- Pasien tampak ada benjolan di anusnya

- Pasien tampak meringis

- Pasien tampak gelisah

- Pasien tampak letih

- Skala nyeri di anus 6

- TD : 110/70 mmHg

- Nadi : 89x/ menit

- Pernapasan : 20x/ menit

- Suhu : 36,8°C

---

3. <b>DS :</b>	Defisit Nutrisi	Kurang Asupan Makanan
- Pasien mengatakan tidak		

---

---

nafsu makan

- Pasien mengatakan lemah
- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen
- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris
- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4
- Pasien mengatakan nyeri di abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari

**DO :**

- Pasien tampak lemah
  - Pasien tampak menghabiskan
-

---

½ porsi makanan

- Bising usus 32x/menit

- BB sebelum sakit : 60 kg

- BB saat sakit : 53 kg

- IMT = 21,48

- Hb : 15,0 g/dL

- Kalium : 4,10 mEq/l

---

4. <b>DS :</b>	Gangguan Pola	Nyeri
----------------	---------------	-------

Tidur

- Pasien mengatakan nyeri di anus dan abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari

- Pasien mengatakan tidak nyaman

**DO :**

- Pasien tampak sulit tidur

- Tampak disekitar mata pasien hitam

---



---

- Pasien tampak gelisah

- Pasien tampak letih di siang  
harinya

- Pasien tampak sering  
menguap

- Pasien tampak sering  
mengeluh

---

## 2) Post Op

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p><b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan nyeri pada anus setelah operasi</li><li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris</li><li>- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4</li><li>- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari</li><li>- Pasien mengatakan tidak nyaman</li></ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak meringis</li><li>- Pasien tampak gelisah</li></ul>	Nyeri Akut	Pasca Operasi

---

- Skala nyeri 4

- TD : 100/90 mmHg

- Nadi : 95x/ menit

- Pernapasan : 24x/ menit

- Suhu : 36,5°C

2. **DS :** Intoleransi Kelemahan

- Pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi

Aktivitas

- Pasien mengatakan letih

- Pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu keluarga

**DO :**

- Pasien tampak meringis

- Pasien tampak dibantu dalam beraktivitas

- Pasien tampak bedrest

- Pasien tampak lemah

<p>3. <b>DS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada anus setelah operasi</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari</li> </ul> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak sulit tidur</li> <li>- Tampak disekitar mata pasien hitam</li> </ul>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>	<p>Nyeri Karena Luka Insisi</p>
--	--------------------------------	-------------------------------------

- Skala nyeri 4
  - TD : 100/90 mmHg
  - Nadi : 95x/ menit
  - Pernapasan : 24x/ menit
  - Suhu : 36,5°C
- 

### **3.2 Diagnosis Keperawatan**

#### **a. Pre Op**

- 1) Diare berhubungan dengan iritasi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

#### **b. Post Op**

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi

### 3.3 Intervensi Keperawatan

#### a. Pre Op

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p><b>Diagnosis Keperawatan :</b></p> <p>Diare</p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen</li> <li>- Pasien mengatakan ada BAB sebanyak 6-7 x/hari</li> <li>- Pasien mengatakan BAB cair</li> <li>- Pasien mengatakan tidak nyaman</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p>	<p><b>Tujuan :</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien dapat mengontrol diare dengan asupan makanan.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran feses meningkat</li> <li>2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Diare</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab diare</li> <li>2. Identifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)</li> </ol>

---

- Pasien tampak gelisah	3. Mengejan saat defekasi	5. Monitor jumlah pengeluaran diare
- Pasien tampak letih	menurun	6. Monitor keamanan penyiapan makanan
- Pasien tampak memakai pampers/pembalut	4. Distensi abdomen menurun	<i>Edukasi :</i>
- Skala nyeri 4	5. Teraba massa pada rectal menurun	1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap
- Bising usus 32x/menit	6. <i>Urgency</i> menurun	2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa
- BAB pasien tampak cair	7. Nyeri abdomen menurun	
- BAB 6-7x/hari	8. Kram abdomen menurun	
- Nadi : 89 x/menit	9. Konsistensi feses membaik	
- CRT : +/- 4 detik	10. Frekuensi BAB membaik	
	11. Peristaltik membaik	

---

2. <b>Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Nyeri</b>
Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan	<i>Observasi :</i>
<b>Data Subjektif :</b>	keperawatan selama 30 menit	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,
- Pasien mengatakan masih nyeri pada	pasien dapat mengontrol nyeri.	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
anus	<b>Kriteria Hasil :</b>	2. Identifikasi skala nyeri
- Pasien mengatakan nyeri disebabkan	1. Keluhan nyeri menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal
karena adanya benjolan pada anus	2. Meringis menurun	<i>Terapeutik :</i>
- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan	3. Sikap protektif menurun	1. Kontrol lingkungan yang memperberat
di anus terasa diiris-iris	4. Gelisah menurun	rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan,
- Pasien mengatakan skala nyeri yang	5. Kesulitan tidur menurun	kebisingan)
dirasakan pada anus sampai 6	6. Menarik diri menurun	2. Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pasien mengatakan nyeri di anus	7. Berfokus pada diri sendiri	<i>Edukasi :</i>
dirasakan setiap malam hingga	menurun	1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu
menggangu tidur saat malam hari	8. Diaforesis menurun	nyeri



---

- Pasien mengatakan tidak nyaman	9. Perasaan depresi (tertekan)	2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Pasien mengatakan letih	menurun	3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis /
<b>Data Objektif :</b>	10. Perasaan takut mengalami	mengajarkan teknik relaksasasi nafas dalam
- Pasien tampak ada benjolan di anusnya	cedera berulang menurun	untuk mengurangi rasa nyeri
- Pasien tampak melakukan teknik nafas	11. Anoreksia menurun	
dalam	12. Perineum terasa tertekan	
- Pasien tampak meringis	menurun	
- Pasien tampak gelisah	13. Uterus terasa membulat	
- Pasien tampak letih	menurun	
- Skala nyeri di anus 6	14. Ketegangan otot menurun	
- TD : 110/70 mmHg	15. Pupil dilatasi menurun	
- Nadi : 89x/ menit	16. Muntah menurun	
- Pernapasan : 20x/ menit	17. Mual menurun	
- Suhu : 36,8°C	18. Frekuensi nadi membaik	

---

- 
- 19. Pola napas membaik
  - 20. Tekanan darah membaik
  - 21. Proses berfikir membaik
  - 22. Fokus membaik
  - 23. Fungsi berkemih membaik
  - 24. Perilaku membaik
  - 25. Nafsu makan membaik
  - 26. Pola tidur membaik

---

<b>3. Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Nutrisi</b>
Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan	<i>Observasi :</i>
<b>Data Subjektif :</b>	keperawatan selama 30 menit	1. Identifikasi status nutrisi
- Pasien mengatakan tidak nafsu makan	pasien dapat keinginan untuk	2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- Pasien mengatakan lemah	menambah nutrisi.	3. Identifikasi makanan yang disukai

---

---

<p>- Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen</p>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p>	<p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p>
<p>- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen</p>	<p>1. Keinginan makan membaik</p>	<p>5. Monitor asupan makanan</p>
<p>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris</p>	<p>2. Asupan makanan membaik</p>	<p>6. Monitor berat badan</p>
<p>- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4</p>	<p>3. Asupan cairan membaik</p>	<p>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p>
<p>- Pasien mengatakan nyeri di abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari</p>	<p>4. Energi untuk makan membaik</p>	
<p><b>Data Objektif :</b></p>	<p>5. Kemampuan merasakan makanan membaik</p>	
<p>- Pasien tampak lemah</p>	<p>6. Kemampuan menikmati makanan membaik</p>	
	<p>7. Asupan nutrisi membaik</p>	
	<p>8. Stimulus untuk makan membaik</p>	
	<p>9. Rasa lapar membaik</p>	

---

---

- Pasien tampak menghabiskan ½ porsi

makanan

- Bising usus 32x/menit

- BB sebelum sakit : 60 kg

- BB saat sakit : 53 kg

- IMT = 21,48

- Hb : 15,0 g/dL

- Kalium : 4,10 mEq/l

---

4. <b>Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Dukungan Tidur</b>
Gangguan Pola Tidur	Setelah dilakukan tindakan	<i>Observasi :</i>
<b>Data Subjektif :</b>	keperawatan selama 30 menit	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- Pasien mengatakan nyeri di anus dan abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari	pasien dapat keadekuatan kualitas dan kuantitas pola tidur.	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)

---

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak nyaman</li> </ul>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>3. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>4. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>5. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ol>
--	---	--

---

**b. Post Op**

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p><b>Diagnosis Keperawatan :</b></p> <p>Nyeri Akut</p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada anus setelah operasi</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga</li> </ul>	<p><b>Tujuan :</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien dapat mengontrol nyeri.</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Menarik diri menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>

mengganggu tidur saat malam hari	7. Berfokus pada diri sendiri	3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Pasien mengatakan tidak nyaman	menurun	
<b>Data Objektif :</b>	8. Diaforesis menurun	<i>Edukasi :</i>
- Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam	9. Perasaan depresi (tertekan) menurun	1. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Pasien tampak meringis	10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	2. Ajarkan teknik nonfarmakologis / mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri
- Pasien tampak gelisah	11. Anoreksia menurun	
- Skala nyeri 4	12. Perineum terasa tertekan	
- TD : 100/90 mmHg	menurun	
- Nadi : 95x/ menit	13. Uterus terasa membulat	
- Pernapasan : 24x/ menit	menurun	
- Suhu : 36,5°C	14. Ketegangan otot menurun	
	15. Pupil dilatasi menurun	

---

16. Muntah menurun

17. Mual menurun

18. Frekuensi nadi membaik

19. Pola napas membaik

20. Tekanan darah membaik

21. Proses berfikir membaik

22. Fokus membaik

23. Fungsi berkemih membaik

24. Perilaku membaik

25. Nafsu makan membaik

26. Pola tidur membaik



2. <b>Diagnosis Keperawatan :</b>	<b>Tujuan :</b>	<b>Manajemen Energi</b>
Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan tindakan	<i>Observasi :</i>
	keperawatan selama 30 menit	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang
<b>Data Subjektif :</b>	pasien dapat beraktivitas secara	mengakibatkan kelelahan
- Pasien mengatakan sulit untuk duduk	mandiri baik dengan atau tanpa	2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
setelah operasi	bantuan alat.	3. Monitor pola dan jam tidur
- Pasien mengatakan letih	<b>Kriteria Hasil :</b>	4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan
- Pasien mengatakan dalam beraktivitas	1. Menopang berat badan	selama melakukan aktivitas
dibantu keluarga	meningkat	<i>Terapeutik :</i>
<b>Data Objektif :</b>	2. Berjalan dengan langkah yang	1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah
- Pasien tampak meringis	efektif meningkat	stimulus
- Pasien tampak dibantu dalam	3. Berjalan dengan langkah pelan	2. Lakukan latihan rentang gerak
beraktivitas	meningkat	pasif dan/atau aktif
- Pasien tampak bedrest		<i>Edukasi :</i>

---

- Pasien tampak lemah	<p>4. Berjalan dengan langkah sedang meningkat</p> <p>5. Berjalan dengan langkah cepat meningkat</p> <p>6. Berjalan menanjak meningkat</p> <p>7. Berjalan menurun meningkat</p> <p>8. Berjalan jarak pendek meningkat</p> <p>9. Berjalan jarak sedang meningkat</p> <p>10. Berjalan jarak jauh meningkat</p> <p>11. Berjalan mengitari ruangan meningkat</p> <p>12. Berjalan melewati ringtangan</p>	<p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</p>
-----------------------	--	---

---

---

meningkat

13. Nyeri saat berjalan menurun

14. Kaku pada persendian

menurun

15. Keengganan berjalan

menurun

16. Perasaan khawatir saat  
berjalan menurun

---

3. **Diagnosis Keperawatan :**

Gangguan Pola Tidur

**Data Subjektif :**

- Pasien mengatakan masih nyeri pada  
anus setelah operasi

**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 30 menit

pasien dapat keadekuatan kualitas  
dan kuantitas pola tidur.

**Dukungan Tidur**

*Observasi :*

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik  
atau psikologis)

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris</li> <li>- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari</li> </ul>	<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>3. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>4. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>5. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ol>
<p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak sulit tidur</li> <li>- Tampak disekitar mata pasien hitam</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- TD : 100/90 mmHg</li> </ul>		

---

---

- Nadi : 95x/ menit

- Pernapasan : 24x/ menit

- Suhu : 36,5°C

---

### 3. 4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

#### a. Pre Op

No	Hari/Tgl	No.Dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Rabu/ 19 Juni 2019	I	<p><b>Jam</b> <b>Manajemen Diare</b></p> <p><b>09.00</b> <i>Observasi :</i></p> <p><b>WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab diare</li> <li>2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan</li> <li>3. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</li> <li>4. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun</li> </ol>	<p><b>Jam</b> <b>S :</b></p> <p><b>09.30</b></p> <p><b>WIB</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen</li> <li>- Pasien mengatakan ada BAB sebanyak 6-7 x/hari</li> <li>- Pasien mengatakan BAB cair</li> <li>- Pasien mengatakan tidak nyaman</li> </ul> <p><b>O :</b></p>	

---

5. Memonitor jumlah pengeluaran diare

- Pasien tampak gelisah

6. Memonitor keamanan penyiapan makanan

- Pasien tampak letih

*Edukasi :*

1. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

- Pasien tampak memakai pampers/pembalut

2. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa

- Skala nyeri 4

- Bising usus 32x/menit

- BAB pasien tampak cair

- BAB 6-7x/hari

- Nadi : 89 x/menit

- CRT : +/- 4 detik

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

---

---

						<b>Manajemen Diare</b>
						<i>Observasi</i> : no. 1 - 6
						<i>Edukasi</i> : no. 1 dan 2

---

2.	Rabu/	19	II	<b>Jam</b>	<b>Manajemen Nyeri</b>	<b>Jam</b>	<b>S :</b>
	Juni 2019			<b>09.00</b>	<i>Observasi</i> :	<b>09.30</b>	
				<b>WIB</b>	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	<b>WIB</b>	- Pasien mengatakan masih nyeri pada anus
					2. Mengidentifikasi skala nyeri		- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena adanya benjolan pada anus
					3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal		- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris
					<i>Terapeutik</i> :		
					1. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)		

---



---

2. Memfasilitasi istirahat dan tidur

*Edukasi :*

1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis /  
mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam  
untuk mengurangi rasa nyeri

- Pasien mengatakan nyeri di  
anus dirasakan setiap malam  
hingga mengganggu tidur saat  
malam hari

- Pasien mengatakan tidak  
nyaman
- Pasien mengatakan letih

**O :**

- Pasien tampak ada benjolan di  
anusnya
  - Pasien tampak melakukan  
teknik relaksasi nafas dalam
  - Pasien tampak meringis
-

- 
- Pasien tampak gelisah
  - Pasien tampak letih
  - Skala nyeri di anus 6
  - TD : 110/70 mmHg
  - Nadi : 89x/ menit
  - Pernapasan : 20x/ menit
  - Suhu : 36,8°C

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

### **Manajemen Nyeri**

*Observasi* : no. 1 - 3

*Terapeutik* : no. 1 dan 2

*Edukasi* : no. 1 – 3

---

---

3.	Rabu/ 19  Juni 2019	III	<b>Jam</b>  <b>09.00</b>  <b>WIB</b>	<b>Manajemen Nutrisi</b>  <i>Observasi :</i>  1. Mengidentifikasi status nutrisi  2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan  3. Mengidentifikasi makanan yang disukai  4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien  5. Memonitor asupan makanan  6. Memonitor berat badan  7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	<b>Jam</b>  <b>09.30</b>  <b>WIB</b>	<b>S :</b>  - Pasien mengatakan tidak nafsu makan  - Pasien mengatakan lemah  - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen  - Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen  - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris  - Pasien mengatakan skala nyeri
----	---------------------------	-----	--	--	--	--

---

---

yang dirasakan di abdomen  
sampai 4

- Pasien mengatakan nyeri di  
abdomen dirasakan setiap  
malam hingga mengganggu  
tidur saat malam hari

**O :**

- Pasien tampak lemah
  - Pasien tampak menghabiskan  
 $\frac{1}{2}$  porsi makanan
  - Bising usus 32x/menit
  - BB sebelum sakit : 60 kg
  - BB saat sakit : 53 kg
-

---

- IMT = 21,48

- Hb : 15,0 g/dL

- Kalium : 4,10 mEq/l

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

**Manajemen Nutrisi**

*Observasi* : no. 1 – 7

---

4.	Rabu/	19	IV	<b>Jam</b>	<b>Dukungan Tidur</b>	<b>Jam</b>	<b>S :</b>
	Juni 2019			<b>09.00</b>	<i>Observasi</i> :	<b>09.30</b>	- Pasien mengatakan nyeri di
				<b>WIB</b>	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	<b>WIB</b>	anus dan abdomen dirasakan
					2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur		setiap malam hingga
					(fisik atau psikologis)		mengganggu tidur saat malam

---

---

3. Mengidentifikasi makanan dan minuman

hari

yang mengganggu tidur

- Pasien mengatakan tidak

4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi

nyaman

*Terapeutik :*

**O :**

1. Memodifikasi lingkungan

- Pasien tampak sulit tidur

2. Membatasi waktu tidur siang

- Tampak disekitar mata pasien

3. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

hitam

*Edukasi :*

- Pasien tampak gelisah

1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

- Pasien tampak letih di siang harinya

2. Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur

- Pasien tampak sering menguap

---

- Pasien tampak sering mengeluh

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

**Dukungan Tidur**

*Observasi* : no. 1 - 4

*Terapeutik* : no. 1 - 3

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---

<b>No</b>	<b>Hari/Tgl</b>	<b>No.Dx</b>	<b>Implementasi</b>		<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
1.	Kamis/ 20 Juni 2019	I	<b>Jam</b> <b>09.00</b>	<b>Manajemen Diare</b> <i>Observasi</i> : 1. Mengidentifikasi penyebab diare 2. Mengidentifikasi riwayat pemberian makanan	<b>Jam</b> S : <b>09.30</b> - Pasien mengatakan masih nyeri pada abdomen	<b>WIB</b>

---

---

3. Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja

- Pasien mengatakan ada BAB sebanyak 6-7 x/hari

4. Memonitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun)

- Pasien mengatakan BAB cair  
- Pasien mengatakan tidak nyaman

5. Memonitor jumlah pengeluaran diare

**O :**

6. Memonitor keamanan penyiapan makanan

*Edukasi :*

- Pasien tampak gelisah  
- Pasien tampak letih  
- Pasien tampak memakai pampers/pembalut  
- Bising usus 32 x/menit  
- BAB pasien tampak cair

1. Menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

2. Menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa

---



---

- BAB 3-4 x/hari

- Nadi : 89 x/menit

- CRT : +/- 3 detik

**A** : Masalah sebagian teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

**Manajemen Diare**

*Observasi* : no. 1 - 4

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---

2.	Kamis/ 20	II	<b>Jam</b>	<b>Manajemen Nyeri</b>	<b>Jam</b>	<b>S :</b>
	Juni 2019		<b>09.00</b>	<i>Observasi</i> :	<b>09.30</b>	- Pasien mengatakan masih
			<b>WIB</b>	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	<b>WIB</b>	nyeri pada anus

---

---

2. Mengidentifikasi skala nyeri

- Pasien mengatakan nyeri

3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal

disebabkan karena adanya

*Terapeutik :*

benjolan pada anus

1. Mengontrol lingkungan yang memperberat  
rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan,  
kebisingan)

- Pasien mengatakan nyeri yang  
dirasakan di anus terasa diiris-  
iris

2. Memfasilitasi istirahat dan tidur

- Pasien mengatakan skala nyeri  
yang dirasakan pada anus

*Edukasi :*

sampai 6

1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu  
nyeri

- Pasien mengatakan nyeri di

2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri

anus dirasakan setiap malam  
hingga mengganggu tidur saat  
malam hari

---

---

3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis/

mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk

mengurangi rasa nyeri

- Pasien mengatakan tidak nyaman

- Pasien mengatakan letih

**O :**

- Pasien tampak ada benjolan di anusnya

- Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam

- Pasien tampak meringis

- Pasien tampak gelisah

- Pasien tampak letih

- Skala nyeri di anus 6

- TD : 110/70 mmHg

---

---

- Nadi : 89x/ menit

- Pernapasan : 20x/ menit

- Suhu : 36,8°C

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

**Manajemen Nyeri**

*Observasi* : no. 1 - 3

*Terapeutik* : no. 1 dan 2

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---

3.	Kamis/ 20	III	<b>Jam</b>	<b>Manajemen Nutrisi</b>	<b>Jam</b>	<b>S :</b>
	Juni 2019		<b>09.00</b>	<i>Observasi</i> :	<b>09.30</b>	- Pasien mengatakan sudah
			<b>WIB</b>	1. Mengidentifikasi status nutrisi	<b>WIB</b>	mulai nafsu makan

---

---

2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	- Pasien mengatakan lemah - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen
3. Mengidentifikasi makanan yang disukai	
4. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien	- Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen
5. Memonitor asupan makanan	
6. Memonitor berat badan	- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris
7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium	- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4 - Pasien mengatakan nyeri di abdomen dirasakan setiap

---

---

malam hingga mengganggu

tidur saat malam hari

**O :**

- Pasien tampak lemah

- Pasien tampak menghabiskan

$\frac{3}{4}$  porsi makanan

- Bising usus 32x/menit

- BB sebelum sakit : 60 kg

- BB saat sakit : 53 kg

- IMT = 21,48

- Hb : 15,0 g/dL

- Kalium : 4,10 mEq/l

**A :** Masalah teratasi sebagian

---

---

**P** : Intervensi dilanjutkan

**Manajemen Nutrisi**

*Observasi* : no. 1 - 4

---

4.	Kamis/ 20	IV	<b>Jam</b>	<b>Dukungan Tidur</b>	<b>Jam</b>	<b>S</b> :
	Juni 2019		<b>09.00</b>	<i>Observasi</i> :	<b>09.30</b>	- Pasien mengatakan nyeri di
			<b>WIB</b>	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	<b>WIB</b>	anus dan abdomen dirasakan
				2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur		setiap malam hingga
				(fisik atau psikologis)		mengganggu tidur saat malam
				3. Mengidentifikasi makanan dan minuman		hari
				yang mengganggu tidur		- Pasien mengatakan tidak
				4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi		nyaman
				<i>Terapeutik</i> :		
				1. Memodifikasi lingkungan		

---

---

2. Membatasi waktu tidur siang

3. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

*Edukasi :*

1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

**O :**

- Pasien tampak sulit tidur

- Tampak disekitar mata pasien hitam

- Pasien tampak gelisah

- Pasien tampak letih di siang harinya

- Pasien tampak sering menguap

- Pasien tampak sering

mengeluh

**A :** Masalah belum teratasi

**P :** Intervensi dilanjutkan

---



---

**Dukungan Tidur**

*Observasi* : no. 1 - 4

*Terapeutik* : no. 1 - 3

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---

**b. Post Op**

No	Hari/Tgl	Dx	Implementasi		Evaluasi	Paraf
1.	Jum'at/21 Juni 2019	I	<b>Jam</b> <b>09.00</b> <b>WIB</b>	<b>Manajemen Nyeri</b> <i>Observasi</i> : 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	<b>Jam</b> S : <b>09.30</b> <b>WIB</b> - Pasien mengatakan masih nyeri pada anus setelah operasi - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-	

---

---

*Terapeutik :*

1. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
2. Memfasilitasi istirahat dan tidur
3. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

*Edukasi :*

1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
2. Mengajarkan teknik nonfarmakologis/  
mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri

iris

- Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4

- Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari

- Pasien mengatakan tidak nyaman

**O :**

- Pasien tampak melakukan teknik nafas dalam

---

---

- Pasien tampak meringis

- Pasien tampak gelisah

- Skala nyeri 4

- TD : 100/90 mmHg

- Nadi : 95x/ menit

- Pernapasan : 24x/ menit

- Suhu : 36,5°C

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

### **Manajemen Nyeri**

*Observasi* : no. 1 - 3

*Terapeutik* : no. 1 - 3

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---

---

2.	Jum'at/21  Juni 2019	II	<b>Jam</b>	<b>Manajemen Energi</b>	<b>Jam</b>	<b>S :</b>
			<b>09.00</b>	<i>Observasi :</i>  1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  2. Memonitor kelelahan fisik dan emosional  3. Memonitor pola dan jam tidur  4. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas  <i>Terapeutik :</i>  1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus  2. Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif  <i>Edukasi :</i>	<b>09.30</b>	<b>WIB</b>  - Pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi  - Pasien mengatakan letih  - Pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu keluarga  <b>O :</b>  - Pasien tampak meringis  - Pasien tampak dibantu dalam beraktivitas  - Pasien tampak bedrest

---

---

1. Menganjurkan tirah baring

- Pasien tampak lemah

2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

**A** : Masalah belum teratasi

**P** : Intervensi dilanjutkan

3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Manajemen Energi**

*Observasi* : no. 1 - 4

*Terapeutik* : no. 1 dan 2

*Edukasi* : no. 1 – 3

---

3.	Jum'at/21 Juni 2019	III	<b>Jam</b> <b>09.00</b> <b>WIB</b>	<b>Dukungan Tidur</b> <i>Observasi :</i> 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis) 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi <i>Terapeutik :</i> 1. Memodifikasi lingkungan 2. Membatasi waktu tidur siang 3. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur <i>Edukasi :</i>	<b>Jam</b> <b>09.30</b> <b>WIB</b>	<b>S :</b> - Pasien mengatakan masih nyeri pada anus setelah operasi - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris - Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4 - Pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari
----	------------------------	-----	--	---	--	---

---

1. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama

sakit

2. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu

tidur

**O :**

- Pasien tampak gelisah

- Pasien tampak lemah

- Pasien tampak sulit tidur

- Tampak disekitar mata pasien

hitam

- Skala nyeri 4

- TD : 100/90 mmHg

- Nadi : 95x/ menit

- Pernapasan : 24x/ menit

- Suhu : 36,5°C

**A :** Masalah belum teratasi

**P :** Intervensi dilanjutkan

---

---

**Dukungan Tidur**

*Observasi* : no. 1 - 4

*Terapeutik* : no. 1 - 3

*Edukasi* : no. 1 dan 2

---



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada pasien Tn.B dengan diagnosa Hemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dari tanggal 19 Juni 2019 (Selama 3 hari) dalam 3 hari tersebut penulis telah mencoba menerapkan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hemoroid sesuai dengan teori-teori yang ada. Ada beberapa hal yang dapat dibahas dan diperhatikan dalam penerapan dan pengaplikasian asuhan keperawatan, maka dalam bab ini dapat dilakukan pembahasan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus dengan mencari faktor-faktor pendukung, kesenjangan dan kesamaan yang terjadi akan diuraikan dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan, antara lain yaitu :

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon pasien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001). Dalam melakukan pengkajian pada pasien Tn. B data didapatkan dari pasien, beserta keluarga dan catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

#### **4.1.1 Identitas Pasien**

Dalam melakukan pengkajian kasus pada pasien Tn. B, penulis tidak menemukan kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien sehingga penulis memperoleh dan mendapatkan informasi langsung dari pasien.

#### **4.1.2 Riwayat kesehatan**

##### **4.1.2.1 Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan sekarang penulis tidak menemukan kesenjangan terhadap tanda dan gejala yang ditemukan ditinjau kasus yaitu : tidak ada perdarahan karena hemoroid yang dialami oleh pasien hemoroid eksterna, nyeri yang dirasakan pasien.

##### **4.1.2.2 Riwayat kesehatan dahulu**

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan dahulu penulis menemukan bahwa pasien pernah dirawat di RS dengan riwayat hernia 7 tahun yang lalu, memiliki riwayat jantung 8 tahun yang lalu, memiliki riwayat paru 4 tahun yang lalu, memiliki riwayat hipertensi, dan memiliki riwayat maag.

##### **4.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga**

Saat melakukan pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga, pasien mengatakan bahwa dikeluarga pasien tidak ada satu pun keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien dan menderita penyakit keturunan lainnya.

#### **4.1.3 Pemeriksaan fisik**

Saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik pada pasien Tn. B tidak didapatkan kesenjangan data antara tinjauan teoritis dengan data yang ditemukan pada saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik (tinjauan kasus) dikarenakan dalam pemeriksaan fisik ini sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi pasien saat ini.

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 diagnosis keperawatan. 3 diagnosis keperawatan pre op dan 4 diagnosis keperawatan post op. Diagnosis keperawatan yang muncul menurut (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu :

- a. Pre Operasi
  - 1) Risiko Perdarahan
  - 2) Risiko Konstipasi
  - 3) Risiko Ketidakseimbangan Cairan
- b. Post Operasi
  - 1) Ansietas
  - 2) Intoleransi Aktivitas
  - 3) Risiko Infeksi
  - 4) Nyeri Akut

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 4 diagnosis keperawatan pre op dan 3 diagnosis keperawatan post op yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosis. Faktor pendukung diagnosis yang muncul adalah :

a. Pre Op

1) Diare berhubungan dengan iritasi

Faktor pendukung diagnosis yang pertama yaitu saat melakukan pengkajian tanggal 19 Juni 2019 pasien mengatakan nyeri pada abdomen, pasien mengatakan nyeri disebabkan karena nyeri pada anus menjalar ke abdomen, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di abdomen seperti terasa diiris-iris, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan di abdomen sampai 4, pasien mengatakan nyeri di abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien tampak gelisah, pasien tampak letih, pasien tampak memakai pampers/pembalut, bising usus 32x/menit, BAB pasien tampak cair, BAB 6-7x/hari.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis

Faktor pendukung untuk diagnosis kedua yaitu pasien mengatakan nyeri pada anus, pasien mengatakan nyeri disebabkan karena adanya benjolan pada anus, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 6, pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien mengatakan letih, pasien tampak ada benjolan di anusnya, pasien

tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak letih, skala nyeri di anus 6.

3) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan

Faktor pendukung untuk diagnosis ketiga yaitu pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan lemah, pasien mengatakan nyeri pada abdomen, pasien tampak lemah, pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanan, bising usus 32x/menit, BB sebelum sakit : 60 kg, BB saat sakit : 53 kg, IMT = 21,48.

4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

Faktor pendukung untuk diagnosis keempat yaitu pasien mengatakan nyeri di anus dan abdomen dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien tampak sulit tidur, tampak disekitar mata pasien hitam, pasien tampak gelisah, pasien tampak letih di siang harinya, pasien tampak sering menguap, pasien tampak sering mengeluh.

b. Post Op

1) Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi

Faktor pendukung diagnosis yang pertama yaitu saat melakukan pengkajian tanggal 21 Juni 2019 pasien mengatakan nyeri pada anus setelah operasi, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di anus terasa diiris-iris, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada anus sampai 4, pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam

hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien mengatakan tidak nyaman, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, skala nyeri 4.

2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Faktor pendukung diagnosis yang kedua yaitu pasien mengatakan sulit untuk duduk setelah operasi, pasien mengatakan letih, pasien mengatakan dalam beraktivitas dibantu keluarga, pasien tampak meringis, pasien tampak dibantu dalam beraktivitas, pasien tampak bedrest, pasien tampak lemah.

3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi

Faktor pendukung diagnosis yang ketiga yaitu pasien mengatakan nyeri di anus dirasakan setiap malam hingga mengganggu tidur saat malam hari, pasien tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien tampak sulit tidur, tampak disekitar mata pasien hitam, skala nyeri 4.

Dari penjabaran diatas penulis dapat membahas antara lain : pada diagnosis teoritis terdapat 3 diagnosis pre op yaitu : risiko perdarahan, risiko konstipasi, risiko ketidakseimbangan cairan dan 4 diagnosis post op yaitu : ansietas, intoleransi aktivitas, risiko infeksi, nyeri akut.

Sedangkan pada saat penulis melakukan pengkajian penulis menemukan 4 diagnosis pre op yaitu : diare berhubungan dengan iritasi, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dan 3 diagnosis post op antara lain : nyeri akut berhubungan dengan

pasca operasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi.

Maka dari diagnosis teoritis dan diagnosis kasus yang didapatkan penulis menetapkan tidak ada kesamaan dalam diagnosis pre op dan 2 (dua) kesamaan diagnosis post op dengan diagnosis teoritis, sedangkan 3 (tiga) diagnosis pre op teoritis dan 2 (dua) diagnosis post op tidak ditemukan dikarenakan pada saat melakukan pengkajian tidak ada ditemukan data pendukung seperti : keluhan, tanda dan gejala terkait dengan diagnosis tersebut.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama pasien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2004).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien.

a. Pre Op

1) Untuk diagnosis pertama

Diare berhubungan dengan iritasi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi penyebab diare, identifikasi riwayat pemberian makanan, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun, monitor jumlah pengeluaran diare, monitor keamanan penyiapan makanan, anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa.

2) Untuk diagnosis kedua

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.



3) Untuk diagnosis ketiga

Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

4) Untuk diagnosis keempat

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

b. Post Op

1) Untuk diagnosis pertama

Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat

dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2) Untuk diagnosis kedua

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

3) Untuk diagnosis ketiga

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan, batasi waktu tidur siang, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

#### 4.4 Implementasi Keperawatan

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan kepada pasien terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada pasien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui pasien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.

##### a. Pre Op

###### 1) Untuk diagnosis pertama

Diare berhubungan dengan iritasi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi penyebab diare, mengidentifikasi riwayat pemberian makanan, memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, memonitor tanda dan gejala hypovolemia (mis. takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun, memonitor jumlah pengeluaran diare, memonitor keamanan penyiapan makanan, menganjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap, menganjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa.

2) Untuk diagnosis kedua

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

3) Untuk diagnosis ketiga

Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, mengidentifikasi makanan yang disukai, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium.

4) Untuk diagnosis keempat

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, memfasilitasi

menghilangkan stress sebelum tidur, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

b. Post Op

1) Untuk diagnosis pertama

Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2) Untuk diagnosis kedua

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang.

3) Untuk diagnosis ketiga

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis), mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi, memodifikasi lingkungan, membatasi waktu tidur siang, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya dan memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Dari 4 diagnosis keperawatan pre op dan 3 diagnosis keperawatan post op penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan pasien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi melihat catatan perkembangan pasien selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 19 sampai dengan tanggal 21 Juni 2019.

##### a. Pre Op

- 1) Diare berhubungan dengan iritasi sebagian teratasi karena pasien masih memakai pampers/pembalut dan BAB pasien masih cair, BAB 3-4x/hari.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis belum teratasi karena benjolan pada anus pasien masih terasa nyeri oleh pasien.
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan teratasi sebagian karena sudah mulai bisa menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit, pasien masih tampak lemah, dan BB juga belum ada kenaikan.
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri belum teratasi karena pasien masih tampak sulit tidur karena nyeri, tampak disekitar

mata pasien hitam, pasien tampak letih di siang harinya, pasien tampak sering menguap.

b. Post Op

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi belum teratasi karena pasien masih tampak meringis karena nyeri pasca operasi dan pasien tampak gelisah.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan belum teratasi karena pasien tampak dibantu dalam beraktivitas, pasien tampak bedrest, dan pasien tampak lemah.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi belum teratasi karena pasien tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien tampak sulit tidur karena nyeri pasca operasi, tampak disekitar mata pasien hitam.



## BAB V

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Haemoroid diruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019. Haemoroid 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 hidrostatis pada *system porta*, seperti selama kehamilan, mengejan waktu berdefekasi, atau dengan *sirosis hepatis*. (Isselbacher, 2000)

Didalam pengkajian pada tanggal 19 juni 2019 ditemukan masalah pada Tn.B adalah pasien haemoroid dengan keadaan pre operasi dengan 4 diagnosis keperawatan yaitu diare berhubungan dengan iritasi, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan, gangguan pola

tidur berhubungan dengan nyeri. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 hari, pasien sudah mulai menghabiskan porsi makanan yang disediakan Rumah Sakit, diare pasien sudah sedikit berkurang dari hari sebelumnya, pasien masih merasakan nyeri pada anusya, dan pasien masih sulit tidur pada malam hari karena nyeri yang dirasakan.

Dan dilakukan pengkajian kembali pada tanggal 21 juni 2019 ditemukan masalah pada Tn.B dengan post operasi haemoroid dengan 3 diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 hari, pasien masih merasakan nyeri pada anus pasca operasi, pasien juga merasakan kelemahan dalam beraktivitas sehingga aktivitas pasien dibantu oleh keluarga pasien, dan pasien masih tetap sulit tidur pada malam hari karena kurang kontrol tidur yang disebabkan oleh nyeri karena luka insisi.

**5.1.1** Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan haemoroid dapat dilakukan dengan baik.

**5.1.2** Pada diagnosis asuhan keperawatan pada pasien haemoroid dapat dirumuskan 4 diagnosis pre op dan 3 diagnosis pasca op pada tinjauan kasus yaitu :

- a. Pre Op
  - 1) Diare berhubungan dengan iritasi
  - 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
  - 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan
  - 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
- b. Post Op
  - 1) Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi
  - 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
  - 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi

**5.1.3** Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien haemoroid semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.

**5.1.4** Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien haemoroid hampir semua dapat dilakukan.

Evaluasi atau catatan perkembangan pada pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien haemoroid di ruangan Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019, dua dari masalah keperawatan pre op belum teratasi yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri . Sedangkan yang dua sudah sebagian teratasi yaitu : diare berhubungan dengan iritasi, dan defisit nutrisi berhubungan dengan kurang asupan makanan.

Tiga dari masalah keperawatan post op belum teratasi yaitu : nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri karena luka insisi.

## **5.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Rumah Sakit**

Diharapkan pada pihak Rumah Sakit untuk lebih mengingatkan pelayanan Rumah Sakit kepada pasien serta menyediakan peralatan-peralatan medis yang cukup pada setiap ruangan berdasarkan kebutuhan perkembangan teknologi.

### **5.2.2 Bagi Bidang Keperawatan**

Dapat meningkatkan kualitas dan mutu dalam memberikan asuhan keperawatan dan mengembangkan ilmu keperawatan menjadi lebih maju.

### **5.2.3 Bagi Perawat Diruangan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien haemoroid sebaiknya lebih tanggap dalam memberi tindakan keperawatan secara cepat dan tepat serta memberikan penyuluhan tentang penyakit.

#### 5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan

Menambah referensi-referensi di perpustakaan. Peningkatan kualitas dan pengembangan mahasiswa melalui Studi Kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Synder, S. & Fradsen, G.. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing* (10<sup>th</sup> ed.). USA: Pearson Education.
- Boyd, M. A. (2011). *Psychiatric Nursing : Contemporary Practice* (5<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Burns, S. M. (2014). *AACN Essentials of Critical Care Nursing* (3<sup>th</sup> ed). New York: McGraw-Hill Education
- Derr, P., McEvoy, M., & Tardiff, J. (2014). *Emergency & Critical Care* (8<sup>th</sup> ed.). USA: Jones & Barlett Learning.
- Donadini, M.P ., Ageno, W. & Douketis, J.D (2012). Management of bleeding in patients receiving conventional or new anticoagulants: A practical and case-based approach. *Drugs*, 72(15), 1965-1975.
- Dougherty, L. & Lister, S. (2015). *Manual of Clinical Nursing Procedures* (9<sup>th</sup> ed.). UK: The Royal Marsden NHS Foundation Trust.
- Hockenberry, Marilyn J, Wilson, David. (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Elsevier Health Sciences.
- Hurwitz, A., Massone, R. & Lopez, B.L. (2014). Acquired Bleeding Disorders. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 32(3), 691-713.
- Keough, M. E., & Schmidt, N. B. (2012). Refinement of a brief anxiety sensitivity reduction intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 766-772. Doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0027961>.

Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L. & Harding, M. M. (2014). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (9<sup>th</sup> ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Makmun, et al (2009). *Konsensus Penatalaksanaan Diare Akut pada Dewasa di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia.

Nurarif.A.H. dan Kusuma.H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction.

Perry, A. G. & Potter, P. A. (2014). *Nursing Skills & Procedures* (8<sup>th</sup> ed.). St Louis: Mosby Elsevier

Song, Y., & Lindquist, R. (2015) Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86.

Townsend, M. (2014). *Psychiatric Nursing : Assesment, Cares Plans, and Medications*. (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Wilkinson, J. M., Treas, L. , Barnett, K. & Smith, M. H. (2016). *Fundamentals of Nursing* (3<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



### **I. Identitas Penulis**

Nama : Anisa Natasa  
Tempat/ Tanggal Lahir : Sei Talang Timur, 10 Juli 1998  
Agama : Islam  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jorong Belubus, Ken. Sungai Talang,  
Kec. Guguak, Kab. Lima Puluh Kota, Prov.  
Sumatera Barat  
Jumlah Saudara : 2 (Dua) Orang  
Anak Ke : 2  
No Hp : 082285460902  
Email : [natasaanisa@gmail.com](mailto:natasaanisa@gmail.com)

### **II. Nama Orang Tua**

Ayah : Junaidi  
Ibu : Marlinda  
Alamat : Jorong Belubus, Ken. Sungai Talang,  
Kec. Guguak, Kab. Lima Puluh Kota, Prov.  
Sumatera Barat

### **III. Riwayat Pendidikan**

1. RA AR-RIDHO KOTA JAKARTA SELATAN	Lulusan 2004
2. SDN 02 SUNGAI TALANG	Lulusan 2010
3. MTsN DANGUNG-DANGUNG	Lulusan 2013
4. SMAN 1 KEC.GUGUAK	Lulusan 2016
5. Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang	Lulusan 2019



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**






**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : ANISA NATASA

NIM : 1614401005

Pembimbing : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B dengan *Hemoroid* di Ruang Ambun  
Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Rabu / 26 Juni 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Latar belakang &amp; tambahkan data.</li> <li>✓ Tujuan umum &amp; khusus.</li> <li>✓ Perbaiki BAB III Laporan khusus.</li> <li>✓ Raptor pustaka.</li> </ul>	
2.	Rabu / 10 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perbaiki BAB III</li> <li>✓ Tambahkan BAB IV &amp; V</li> </ul>	
3.	Selasa / 16 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perbaiki pembahasan dan kesimpulan.</li> <li>✓ Perbaiki daftar pustaka.</li> </ul>	
4.	Rabu / 17 Juli 2019	Perbaiki cover	
5.	Senin / 22 Juli 2019	AEC di Ujarkan.	
6.			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**




**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : ANISA NATASA

NIM : 1614401005

Pembimbing : Ns. Fadhilah Rizka Utami, S.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B dengan *Hemoroid* di Ruang Ambun Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Selasa 2-07-19	Perilaku asuhan keperawatan sesuai SDP, SLLI, dan SLLI	
2.	Selasa 16-7-19	Perilaku evaluasi (SOAP) keluhan dengan perubahan keluhan dan menses	
3.	Kamis 18-7-19	Acc umble diujikan	
4.			
5.			
6.			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : ANISA NATASA

NIM : 1614401005

Penguji : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.B dengan *Hemoroid* di Ruang Ambun  
Suri Lantai 1 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Kamis / 01-08-19	Konsul Perbaikan	
2.	Kamis / 15-08-19	Acc revisi	
3.			
4.			
5.			
6.			