

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : POST OPERASI HEMOROIDEKTOMI PoD1 DI
RUANG TULIP RS TK IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Untuk Memenuhi Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Di susun Oleh :

FAWAZ NUGRAHA
KHGA22112



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
OPERASI HEMOROIDEKTOMI PoD1 DI RUANG
TULIP RS TK IV GUNTUR GARUT**

NAMA : FAWAZ NUGRAHA
NIM : KHGA 22112

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Siap untuk Diujikan Dihadapan Penelaah
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025
Menyetujui,
Pembimbing

Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OPERASI HEMOROIDEKTOMI PoD1 DI RUANG TULIP RS TK IV GUNTUR GARUT

NAMA : FAWAZ NUGRAHA
NIM : KHGA 22112

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Eldessa Vava Rilla, M.Kep.

Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OPERASI HEMOROIDEKTOMI PoD1 DI RUANG TULIP RS TK IV GUNTUR GARUT

FAWAZ NUGRAHA
KHGA 22112

IV Bab, 99 Halaman, 1 Bagan, 10 Tabel

Hemoroid merupakan pelebaran pembuluh darah vena di daerah anus yang menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri, dan perdarahan. Penatalaksanaan kasus hemoroid yang berat biasanya dilakukan melalui tindakan hemoroidektomi. Pascaoperasi, pasien sering mengalami nyeri hebat dan risiko infeksi pada area luka, sehingga diperlukan asuhan keperawatan komprehensif untuk mendukung proses penyembuhan. Tujuan karya tulis ilmiah ini adalah untuk melaksanakan dan mendeskripsikan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan sistem pencernaan post operasi hemoroidektomi di ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut. Metode yang digunakan yaitu studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi selama lima hari perawatan. Ditemukan tiga diagnosa keperawatan utama, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pascaoperasi, dan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Intervensi dilakukan dengan manajemen nyeri, dukungan tidur, serta pencegahan infeksi melalui teknik aseptik dan edukasi. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa nyeri pasien berkurang, pola tidur membaik, dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada luka operasi. Kesimpulannya, penerapan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien post operasi hemoroidektomi efektif dalam menurunkan tingkat nyeri, memperbaiki kualitas tidur, dan mencegah komplikasi infeksi.

Kata kunci: Hemoroid, post operasi hemoroidektomi, nyeri akut.

Daftar pustaka: 21 buah, 2014 s.d 2021.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat serta hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat beserta salam semoga tercurah limpahkan kepada nabi kita, nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabatnya dan mudah-mudahan sampai pada kita semua selaku umatnya. Atas karunia dan izin-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 di Ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut”. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dan dukungan. Untuk itu pada kesempatan ini perkenalkan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiyat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan DharmaHusada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep, Ners., M.Kep, selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan bimbingan, petunjuk serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Eldessa Vava Rilla, M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Kepada staf dan dosen, STIKes Karsa Husada Garut khusus Program Studi Diploma III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Kepada Tn. D dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
10. Kepada Ayah dan ibu tercinta yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang. Terimakasih atas do'a, kepercayaan dan segala bentuk yang telah diberikan, sehingga penulis merasa terdukung di segala pilihan dan keputusan yang diambil oleh penulis, serta tanpa lelah mendengar keluh kesah penulis hingga di titik ini. Semoga Allah SWT memberikan keberkahan di dunia serta

tempat terbaik di akhirat kelak, karena telah menjadi figur orang tua terbaik bagi penulis.

11. Kepada kakak dan adik ku tersayang terimakasih selalu mendoakan dan memberikan semangat dukungan sehingga penulis telah mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman terdekat, Milani Nazi'ah, Rizal Rahman Nur Alim, Rendy Ahmad Mutaqin, Haqti Bilhakiki, Arif Apriansyah yang saat ini sedang berjuang bersama untuk menempuh gelar A.Md.Kep, terimakasih telah menjadi teman bertukar pikiran serta selalu memberikan support dan motivasi kepada penulis.
13. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i angkatan XXIX program studi D-III Keperawatan STikes Karsa Husada Garut khususnya kelas C yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan , banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan.
14. Semua pihak yang tidak penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap

smoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan Ridho Nya. Semoga Allah SWT. Membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, 30 Juli 2025
Penulis,

Fawaz Nugraha

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Definisi Hemoroid.....	7
B. Etiologi.....	8
C. Klasifikasi Hemoroid	8
D. Patofisiologi	9
E. Pathways	11
F. Manifestasi Klinis.....	12
G. Pemeriksaan Diagnostik.....	12
H. Komplikasi	13
I. Penatalaksanaan Medis	13
J. Konsep Asuhan Keperawatan	15
BAB 3 TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	30
A. Tinjauan Kasus.....	30
1. Pengkajian	30

2. Analisa Data	39
3. Diagnosa Keperawatan.....	42
4. Intervensi.....	43
5. Implementasi dan evaluasi	48
6. Catatan Perkembangan.....	70
B. Pembahasan	72
1. Pengkajian	72
2. Diagnosa Keperawatan.....	73
3. Perencanaan.....	74
4. Implementasi	77
5. Evaluasi	78
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	80
A. Kesimpulan	80
B. REKOMENDASI.....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1: Daftar Jenis Penyakit 10 besar di Ruang Rawat Inap	3
Tabel 2. 1 Analisa Data	29
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan	34
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari-hari	54
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Lab	54
Tabel 3. 3 Terapi Medik.....	56
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	57
Tabel 3. 5 Intervensi.....	63
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi	70
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	80

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hemoroid.....	14
---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP

Lampiran 2 lembar bimbingan

Lampiran 3 daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Hemoroid merupakan pelebaran pembuluh darah di anus dari pleksus hemoroidalis akan menyebabkan ketidaknyamanan sehingga timbul pembengkakan yang biasa disebut wasir atau ambeien. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hemoroid diantaranya adalah konsumsi makanan yang rendah serat sehingga susah BAB dan perlu usaha saat BAB, kurangnya konsumsi cairan, kebiasaan duduk terlalu lama dan juga karena faktor genetik. Hemoroid bisa terjadi perdarahan pada saat BAB yang mengakibatkan nyeri di sekitar anus dan jika kronis sampai menyebabkan anemia (Safyudin & Damayanti, 2017).

Masalah yang sering terjadi setelah post op hemoroidektomi banyak ditemukan adanya keluhan nyeri hebat yang dirasakan oleh pasien terutama pada saat melakukan aktifitas motorik rasa nyeri berasal dari anus daerah sekitar luka operasi, apabila terjadi aktivitas motorik maka nyeri yang dirasakan begitu hebat seperti disayat, aktivitas buang air besar harus dihentikan dulu beberapa hari 3 sampai 4 hari agar menjaga jahitan luka operasi 2 tidak rusak dan supaya tidak terjadi pendarahan hebat. Maka perlu setelah operasi post op hemoroidektomi pasien harus menjaga pola makan diharuskan beberapa hari memakan makanan dalam bentuk bubur dalam porsi yang sedang untuk beberapa hari (Goeteng & Purbalingga, 2018). Menurut data *World Health Organization* (WHO)

memperkirakan bahwa angka kejadian hemoroid terjadi di seluruh Negara, dengan presentasi 54% mengalami gangguan hemoroid. Insiden hemoroid terjadi pada 13%-36% populasi umum di Inggris sedangkan di Amerika, 500.000 orang di diagnosa menderita hemoroid setiap tahunnya.

Berdasarkan data dari *The National Center Of Health Statistics* Di Amerika Serikat referensi hemoroid sekitar 4,4% & (Maulana Wicaksono, 2020). Berdasarkan data dari Kementrian Kesehatan di Indonesia pada tahun 2020 yang diperoleh dari rumah sakit di 33 provinsi terdapat 355 rata-rata kasus hemoroid, baik hemoroid eksternal maupun internal. Tingkat konsumsi sayuran rakyat indonesia termasuk yang paling rendah di dunia. Rakyat indonesia hanya mengkonsumsi 35 kilogram sayuran per kapita per tahun, angka itu jauh lebih rendah dengan angka konsumsi sayuran yang dianjurkan organisasi pangan dan pertanian yaitu 75 kilogram (Maulana & Wicaksono, 2020). Berdasarkan data dari departemen kesehatan Republik Indonesia jumlah pasien hemoroid sendiri terus bertambah yaitu pada angka 5,7% namun hanya 1,5% saja yang terdiagnosa (Yusmanedi & Mandala, 2014).

Terjadinya hemoroid dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kehamilan, tekanan dalam perut yang besar, obesitas, obat-obat pencahar seperti supositoria, perubahan hormonal, kurang minum, diet rendah serat, usia menginjak 45 sampai dengan 65 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan yang banyak duduk, mengejan terlalu lama, konstipasi kronik, pelvic malignancy, PPOK dengan batuk kronis, diare kronis dan berbagai macam penyakit atau sindrom lainnya yang berdampak pada peningkatan tekanan vena pelvis

(Safyudin & Damayanti, 2017). Hemoroid yang membesar secara perlahan – lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan prolaps, pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk lagi (Sudarsono, 2015).

Dibawah ini merupakan prevalensi penyakit terbanyak di RS TK IV Guntur Garut.

Tabel 1.1: Daftar Jenis Penyakit 10 besar di Ruang Rawat Inap di RS TK IV Guntur Garut periode Januari-Juni 2025

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Presentase
1.	Typoid	239	19,27%
2.	Hernia Inguitas	157	12,66%
3.	Stroke	149	12,02%
4.	DHF	145	11,69%
5.	Tumor Mamae	145	11,69%
6.	Fraktur	136	10,9%
7.	Hemoroid	69	5,56%
8.	CKD	67	5,40%
9.	Diabetes Melitus	67	5,40
10.	Cholelithiasis	66	5,32%
Jumlah		1,240	100%

Berdasarkan data di atas, jumlah penderita hemoroid termasuk ke 10 penyakit terbesar di RS TK IV Garut yang mana menduduki urutan sepuluh kasus terbanyak, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut menjadi sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada TN. D Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 di Ruang Tulip RS TK IV GUNTUR Garut” sebagai salah satu syarat untuk

menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Tujuan Umum

Penulis mendapat pengalaman nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 di ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut secara komprehensif yang meliputi aspek bio psiko sosial spiritual dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian data pada pasien dengan masalah Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi.
- b. Menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi.
- c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi.
- d. Melakukan tindakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi.
- e. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan kepada pasien Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hemoroidektomi.

C. Metode Telaahan

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini metode yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk laporan studi kasus yaitu memaparkan suatu masalah serta pemecahan masalah dalam waktu lima hari yang dilakukan secara langsung. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara: Wawancara dapat disebut anamnesa merupakan kegiatan tanya jawab atau menanyakan keadaan yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien, bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien. Serta untuk menjalin hubungan antar perawat dengan pasien (Syahbana Ali , dkk 2019).
2. Observasi: Penulis mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Syahbana Ali , dkk 2019).
3. Pemeriksaan Fisik: Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara head to the ataupun persistem dengan langkah-langkah: inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Syahbana Ali , dkk 2019).
4. Partisipasi aktif: Penulis melakukan secara langsung asuhan keperawatan pada klien dengan menggunakan teknik keperawatan (Syahbana Ali , dkk 2019).

5. Dokumentasi: Memperoleh data yang didapatkan dari status klien melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di ruang perawatan (Syahbana Ali , dkk 2019).
6. Studi Kepustakaan: Teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk membandingkan dengan hasil observasi pengkajian (Syahbana Ali , dkk 2019).

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terdiri dari empat bab yaitu bab satu pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Dilanjutkan dengan bab dua tujuan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang diambil oleh penulis.

Pada bab tiga tinjauan kasus dan pembahasan, penulis menjabarkan mengenai studi kasus disertai dengan pembahasan pelaksanaan tindakan keperawatan pada TN.D dengan gangguan system perkemihan: Post operasi Hemoroidektomi PoD1 di ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut. Masalah yang ditemukan kemudian dibandingkan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Setelah itu dilanjutkan dengan bab empat kesimpulan dan rekomendasi yang merupakan bab terakhir dan penutup dari penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang didalamnya meliputi kesimpulan dan rekomendasi dari berbagai pihak yang terkait.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi Hemoroid

Hemoroid atau lebih dikenal dengan nama wasir atau ambeien adalah keluarnya daging dari anus (dubur) karena buang air besar yang keras dan berulang-ulang dan sering kali disertai darah karena terluka. Hemoroid merupakan suatu penyakit yang berbahaya dan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari sehingga mengakibatkan penurunan kualitas hidup seseorang (Safyudin & Damayanti, 2017). Hemoroid merupakan pelebaran dan inflamasi pembuluh darah vena di anus dari pleksus hemoroidalis.

Hemoroid dibedakan menjadi dua bagian yaitu hemoroid eksterna dan hemoroid interna berdasarkan letaknya dari garis mukokutan (garis dentata). Hemoroid eksterna timbul dari pelebaran dan inflamasi vena subkutan (di bawah kulit) dibawah atau diluar garis dentate dan hemoroid interna timbul dari dilatasi vena submukosa (di bawah mukosa) di atas garis dentata. Hemoroid berhubungan dengan konstipasi kronis disertai penarikan feses (Pradiantini & Dinata, 2021).

B. Etiologi

Etiologi hemoroid disebabkan oleh diet rendah serat dan konstipasi (sembelit). Konstipasi kronis dan feses yang keras dapat mengakibatkan degenerasi jaringan pendukung di saluran anus dan pergeseran dari bantalan anal kanal. Mengejan terlalu lama, kehamilan dan asites juga berpengaruh terhadap etiologi hemoroid dan dapat berkontribusi terhadap dilatasi, pembengkakan, dan prolaps jaringan pembuluh darah hemoroid (Pradiantini & Dinata, 2021)

C. Klasifikasi Hemoroid

Menurut Klasifikasi hemoroid terdiri dari empat derajat, yaitu:

1. Hemoroid derajat I: Hemoroid yang tidak menonjol keluar dari anus dan biasanya tidak menimbulkan gejala.
2. Hemoroid derajat II: Hemoroid yang menonjol keluar dari anus saat buang air besar, namun akan kembali ke dalam anus secara spontan.
3. Hemoroid derajat III: Hemoroid yang menonjol keluar dari anus saat buang air besar dan memerlukan bantuan untuk dimasukkan kembali ke dalam anus.
4. Hemoroid derajat IV: Hemoroid yang menonjol keluar dari anus dan tidak dapat dimasukkan kembali ke dalam anus secara manual. Klasifikasi hemoroid ini didasarkan pada tingkat keparahan dan gejala yang dialami pasien. Hemoroid derajat III dan IV memiliki keluhan serta gejala yang lebih berat seperti pendarahan, benjolan, nyeri hingga rasa tidak nyaman bagi penderitanya, sehingga pasien akan datang ke rumah sakit dengan

keluhan tersebut dibandingkan derajat I dan II yang memiliki keluhan serta gejala yang lebih ringan (M Ayomi et al., 2019).

D. Patofisiologi

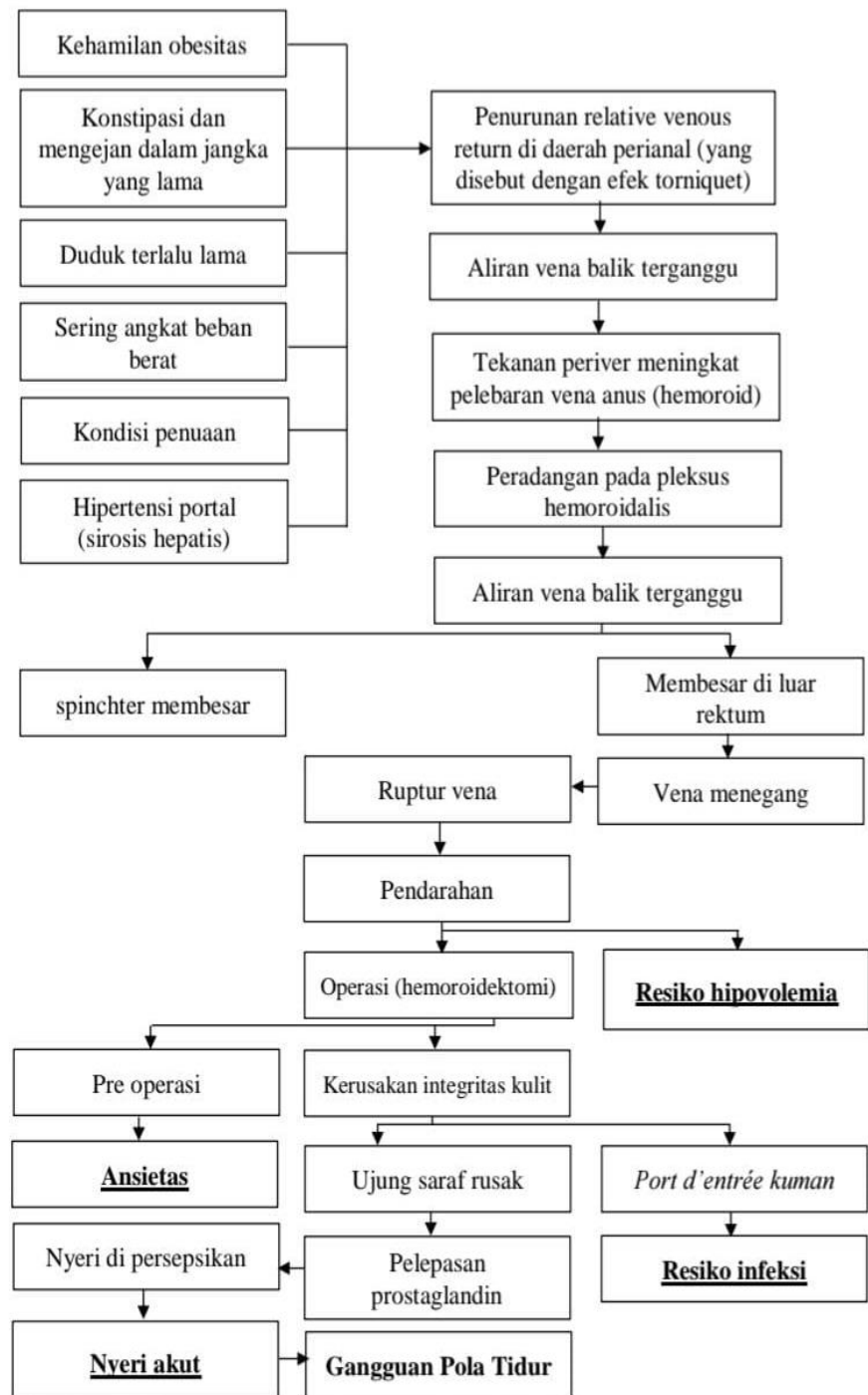
Hemoroid terjadi ketika jaringan pendukung bantal anal hancur atau memburuk. Terdapat tiga bantalan besar pada anal, terletak di anterior kanan, posterior kanan dan sebelah lateral kiri dari lubang anus, selain itu berbagai jumlah bantalan kecil yang terletak di antara keduanya. Hal ini meliputi dilatasi vena yang abnormal, trombosis pembuluh darah, proses degeneratif pada serat kolagen dan jaringan fibroelastik, distorsi dan pecahnya otot subepitel anal. Selain itu, reaksi inflamasi yang melibatkan dinding pembuluh darah dan jaringan ikat sekitarnya telah dibuktikan dalam spesimen hemoroid, terkait dengan ulserasi mukosa, iskemia dan trombosis. Trombosis dalam hemoroid eksternal sebagai akibat pembekuan darah dalam vena hemoroid. Trombosis ini berhubungan dengan pengangkatan beban berat, mengejan (Sudarsono, 2015).

Pasien yang nyeri hebat secara tiba-tiba pada anusnya, tingkat nyeri akan meningkat apabila pasien duduk saat defekasi. Trombosis pada hemoroid eksterna selalu diikuti oleh prolaps trombosis hemoroid interna. Umumnya perdarahan menjadi tanda pertama dari hemoroid interna akibat trauma oleh feses. Hemoroid yang membesar secara perlahan akhirnya menonjol keluar menyebabkan prolaps. Pada tahap awal, penonjolan ini hanya terjadi pada waktu defekasi dan disusul reduksi spontan setelah defekasi. Pada stadium yang lebih lanjut, hemoroid interna ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk kembali ke dalam anus. Pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut

menjadi prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk lagi (Sudarsono, 2015).

E. Pathways

Bagan 2.1 Pathway



(Nurarif, 2016)

F. Manifestasi Klinis

Manifestasi Klinis Gejala yang sering timbul pada penderita hemoroid menurut (NANDA, 2015) antara lain, yaitu :

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

G. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik Menurut Muttaqin dan sari (2011) pemeriksaan penunjang pada penderita hemoroid yaitu :

- a. Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan hitung darah lengkap untuk mendeteksi kadar hematokrit dan adanya anemia.
- b. Pemeriksaan anoskopi Penilaian dengan anoskopi diperlukan untuk melihat hemoroid internal yang tidak menonjol ke luar. Anoskop dimasukkan dan diputar untuk mengamati keempat kuadran. Hemoroid internal terlihat sebagai struktur vaskuler yang menonjol ke dalam lumen. Apabila penderita diminta mengedan sedikit, ukuran hemoroid akan membesar dan penonjolan atau prolaps akan lebih nyata.
- c. Pemeriksaan proktosigmoidoskopi. Proktosigmoidoskopi perlu dikerjakan untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proktitis radang atau proktitis keganasan di tingkat yang lebih tinggi, karena hemoroid merupakan keadaan fisiologik saja atau tanda yang menyertai.

H. Komplikasi

Komplikasi yang bisa terjadi pada penderita hemoroid menurut (Riyadi, 2010) antara lain:

- a. Luka dengan tanda rasa sakit yang hebat sehingga pasien takut mengejab dan takut BAB. Karena itu tinja makin keras dan makin memperberat luka di anus.
- b. Perdarahan akibat luka, bahkan sampai terjadi anemia.
- c. Benjolan keluar dari anus dan terjepit oleh otot lingkar dubur sehingga tidak bisa masuk lagi. sehingga tonjolan menjadi merah, makin sakit, dan besar.

I. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis hemoroid terdiri dari terapi non-farmakologi, terapi farmakologi, dan terapi non-bedah. Terapi non-farmakologi meliputi modifikasi gaya hidup, perbaikan pola makan dan minum, serta perbaikan pola buang air besar. Terapi farmakologi meliputi penggunaan obat-obatan untuk mengurangi rasa sakit, peradangan, dan pendarahan. Terapi non-bedah meliputi skleroterapi, ligasi karet, dan inframerah koagulasi. Berikut adalah penjelasan lebih detail mengenai penatalaksanaan medis hemoroid:

1. Terapi non-farmakologi: Modifikasi gaya hidup, perbaikan pola makan dan minum, serta perbaikan pola buang air besar dapat membantu mengurangi gejala hemoroid. Modifikasi gaya hidup meliputi menghindari makanan pedas dan manis, menghindari konstipasi, dan menghindari mengejan saat buang air besar. Perbaikan pola makan dan minum meliputi peningkatan asupan serat dan cairan. Perbaikan pola defekasi meliputi menghindari

menahan-nunda buang air besar dan menggunakan posisi jongkok saat buang air besar.

2. Terapi farmakologi: Obat-obatan yang dapat digunakan untuk mengurangi gejala hemoroid meliputi obat penghilang rasa sakit, obat anti inflamasi, dan obat pelunak tinja. Obat-obatan ini dapat membantu mengurangi rasa sakit, peradangan, dan pendarahan.
3. Terapi non-bedah: Terapi non-bedah meliputi skleroterapi, ligasi karet, dan koagulasi inframerah. Skleroterapi melibatkan injeksi larutan sklerosan ke dalam hemoroid untuk menyebabkan pengerasan dan penyusutan. Ligasi karet melibatkan pengikatan karet di sekitar hemoroid untuk memotong pasokan darah dan menyebabkan pengeringan dan penyusutan. Koagulasi inframerah melibatkan penggunaan sinar inframerah untuk membakar hemoroid dan menyebabkan pengeringan dan penyusutan.
4. Terapi bedah Hemoroidektomi juga dilakukan pada pasien yang mengalami keluhan kronis, perdarahan berulang, atau komplikasi. Salah satu metode yang sering digunakan adalah open hemorrhoidectomy (metode Milligan Morgan). Prosedur ini melibatkan pembuatan sayatan pada pangkal jaringan hemoroid, yang kemudian diikat dengan benang catgut dan bagian distal jaringan diekstraksi. Metode ini cenderung menimbulkan rasa sakit yang hebat dan memerlukan waktu penyembuhan yang lama. Rasa nyeri pascaoperasi disebabkan oleh rangsangan mekanik akibat kerusakan jaringan dari tindakan pembedahan, seperti luka sayatan (insisi) (Jacky Tuamelly, 2023).

5. Manajemen nyeri pada pasien hemoroid dapat melibatkan berbagai tindakan. Gejala umum hemoroid meliputi pendarahan tanpa rasa sakit saat buang air besar, gatal atau iritasi di daerah anus, dan nyeri. Untuk mengatasi nyeri pada pasien hemoroid, terapi farmakologi dapat mencakup penggunaan dexketoprofen trometamol, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), dan obat topikal seperti kortikosteroid dan anestesi lokal. Selain itu, terapi non-farmakologi seperti modifikasi gaya hidup, perbaikan pola makan dan minum, serta perbaikan pola buang air besar juga dapat membantu mengurangi gejala nyeri. Tindakan non-bedah seperti skleroterapi, ligasi karet, dan inframerah koagulasi juga dapat membantu mengurangi rasa tidak nyaman dan nyeri pada hemoroid. Penting untuk menyesuaikan manajemen nyeri dengan derajat keparahan hemoroid dan kondisi klinis pasien secara keseluruhan (Rosyida et al., 2023).

J. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah aktifitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Koerniawan et al., 2020).

1. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1) Anamnesis Pengkajian Fisik Klien

a. Identitas

Nama klien, alamat, umur, jenis kelamin, agama, status, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan bahasa yang sering digunakan (Koerniawan et al., 2020).

b. Keluhan Utama

Pada pasien post operasi hemoroid akan mengeluh nyeri pada anus terutama saat defekasi (Goeteng & Purbalingga, 2018).

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit yang dulu apakah klien pernah mengalami faktor yang berhubungan dengan hemoroid, seperti adanya hemoroid sebelumnya. Riwayat peradangan pada anus, dan riwayat diet rendah serat. Pasien juga dinyatakan apakah pernah menggunakan obat tertentu untuk pengobatan hemoroid sebelumnya (Goeteng & Purbalingga, 2018).

2) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan tahap klinik hemoroid. Pada survei umum bisa terlihat sakit ringan sampai lemah atau kelelahan. TTV bisa normal atau mungkin didapatkan perubahan, seperti hipertermi, takikardia, hipotensi, atau peningkatan frekuensi

napas yang berhubungan dengan inflamasi sistemik (Goeteng & Purbalingga, 2018).

b. Sistem Pernafasan

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidaknya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis (Goeteng & Purbalingga, 2018).

c. Sistem Kardiovaskuler

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, oedem, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan (Goeteng & Purbalingga, 2018).

d. Sistem Persyarafan

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada tidaknya nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi : bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan (mata, pupil, refleks, konjuntiva anemis, tidak adanya gangguan, sclera anikhterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanya penggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula

simetris dan tidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa) (Koerniawan et al., 2020).

e. Sistem Perkemihan

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urin SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien (Koerniawan et al., 2020).

f. Sistem Pencernaan

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membrane mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, tidak ada kelainan abdomen,hepar,lien, tidak ada nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi (Goeteng & Purbalingga, 2018).

g. Sistem Muskuloskeletal

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada (Goeteng & Purbalingga, 2018).

4) Aspek Psiko, Sosial, Spiritual

a) Psikologi

Umumnya ditandai adanya cemas, atau klien dan keluarga bertanya mengenai tentang kondisinya.

b) Sosial

Umumnya tidak terjadi perubahan hubungan dengan lingkungan sekitar karena klien tidak mengalami kesulitan dalam berkomunikasi.

c) Spiritual

Biasanya klien bermunajat berdoa kepada Tuhan agar diberikan kesembuhan dan sehat kembali.

5) Pemenuhan ADL

Klien dengan pasca operasi aktivitas fisik mungkin saja terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri dan sulit melakukan pergerakan mengakibatkan klien membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti mandi, makan/minum, BAB/BAK, berpakaian, serta aktivitas fisik.

6) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegaskan diagnosis hemoroid adalah (Nyoman et al., 2021) :

1. Anoskopi: pemeriksaan paling akurat dan paling mudah.
2. Sigmoidoskopi fleksibel atau koloniskopi: tidak akurat, namun dilakukan untuk menyingkirkan kanker.

B. Analisa Data

Tabel 2.1 : Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala Minor DS : - Tidak Tersedia DO : - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah	Kontipasi dan mengenjan dalam waktu yang lama, Penurunan relative venous return di daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur vena, perdarahan, operaso (hemoroidektomi), nyeri akut.	Nyeri Akut D.0077

	- Proses berpikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis		
2.	DS : - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup DO : - Tidak tersedia Gejala Minor DS : - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	Kontipasi dan mengenjan dalam waktu yang lama, Penurunan relative venous return di daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur	Gangguan Pola Tidur D.005

	DO : Tidak Tersedia	vena, perdarahan, operasi (hemoroidektomi), nyeri akut, Gangguan Pola Tidur	
3.	Faktor Risiko : - Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) - Efek prosedur infasif - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan - Gangguan peristaltik - Kerusakan integritas kulit - Perubahan sekresi Ph - Statis cairan tubuh - Penurunan hemoglobin - Leukopenia Supresi respon inflamasi	Kontipasi dan mengengjan dalam waktu yang lama, Penurunan relative venous return di daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur vena, perdarahan, operasi	Resiko Infeksi

		(hemoroidektomi), kerusakan integritas kulit, resiko infeksi.	
--	--	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi D.0055
- Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi D.0142

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2: Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif turunun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh

		8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Frekuensi nadi membaik 11. Pola nafas membaik Tekanan darah membaik	budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam
--	--	---	--

			pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan Pola Tidur D.0055	Pola Tidur L.05045 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah	Dukungan Tidur I.09265 Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Identifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu

		5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batas waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitas menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi
--	--	---	---

			- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Risiko Infeksi D.0142	Tingkat Infeksi L.14137 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan	Pencegahan infeksi I.14539 Obseravsi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis Terapeutik

		menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Vesikel menurun 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Drainase purulen 10. Kadar sel darah putih membaik 11. Kultur area luka membaik	- Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan Denar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	---

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik menurut Hariyanto 2017.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data objektif dan subjektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau belum menurut Oktaviani 2020.

BAB 3

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Nama	: TN.D
Tanggal Lahir	: Garut, 16-08-1999
Usia	: 26
Jenis Kelamin	: laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wirausaha
Alamat	: Kp. Cibulakan Rt 05/05, Desa Sukamaju, Kecamatan Cilawu
No RM	: 000240657
Tanggal Masuk	: 20-04-2025
Tanggal pengkajian	: 22-04-2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: NY.S
Umur	: 24 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp. Cibulakan Rt 05/05, Desa Sukamaju,
Kecamatan Cilawu.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke IGD RS Guntur pada tanggal 20 April 2025 dan di bawa ke ruang rawat inap. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 22 april 2025 PoD1 jam 15.00. Pasien mengatakan nyeri di area operasi, nyeri terasa seperti tersayat sayat, pasien mengatakan skala nyeri 6 dari 0-10 nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang bila nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit, klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan ekstremitas bawah, klien tampak lemah, mengatakan istirahatnya terganggu dan di malam hari sering terjaga akibat timbulnya nyeri.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan keluarga klien, klien sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit serupa, ataupun penyakit keturunan dan penyakit menular.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Menurut penuturan keluarga klien, keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat serupa dengan klien. Selain itu tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang menjadi faktor terjadinya hemoroid.

d. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : *Composmentis*

GCS : 15 (E4V5M6)

Tingkat Kesadaran : *Composmentis*

b) Tanda – Tanda Vital

TD : 140/90mmhg

N : 98x/menit

RR : 22x/menit

S : 36,7

SPO2 : 98%

c) Pemeriksaan Fisik Persistem

(1) Sistem Pernafasan

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dinding dada, RR: 22x/menit.

Palpasi : Pergerakan dinding dada simetris antara kiri dan kanan.

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler

(2) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : Tidak ada peningkatan JVP

Palpasi : N : 98x/menit, tidak terdapat *clubbing finger*.

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Irama jantung reguler, S1=S2.

(3) Sistem Persarafan

Tingkat Kesadaran : *Composmentis*

GCS : 15 (E4V5M6)

1) Nervus I Olfaktorius

Fungsi penciuman klien baik, dibuktikan dengan klien dapat membedakan bau disinfektan.

2) Nervus II Optikus

Fungsi penglihatan klien baik ditandai dengan klien mampu membaca name tag

3) Nervus III, IV, VI Okulomotorius, Troklear, dan Abdusen

Refleks pupil terhadap cahaya normal, bola mata dapat di gerakan kesegala arah.

4) Nervus Trigeminus

Reflek sensorik baik ditandai dengan klien dapat merasakan stimulus pada pipi

5) Nervus VII Fasialis

Wajah simetris, fungsi pengecapan baik, klien mampu mengangkat alis.

6) Nervus VIII Vestibulokoklearis

Fungsi pendengaran baik, ditandai dengan klien mampu berkomunikasi dengan baik.

7) Nervus IX, X Glosofaringeal dan Vagus

Reflek menelan, muntah, dan batuk baik

8) Nervus XI Aksesoris

Pergerakan kepala klien normal.

9) Nervus XII Hipoglossus

Lidah simetris, pada saat menjulurkan lidah tidak ada tremor.

(4) Sistem Perkemihan

Vesika urinaria teraba penuh, terdapat nyeri tekan di abdomen bagian atas kanan, tidak ada keluhan saat berkemih

(5) Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, fungsi pengecapan baik, abdomen simetris kiri dan kanan, terdapat luka bekas operasi anus luka sekitar 2cm luka tertutup kassa. Bising usus 9x/menit, terdapat nyeri tekan di sekitar luka operasi.

(6) Sistem Muskuloskeletal

Ekstermitas atas

Terpasang infus rl pada tangan kiri, tidak terdapat edema, bentuk simetris antara kiri dan kanan.

Kekuatan otot : 5 5

Ekstermitas bawah

Klien mengalami kelemahan tidak mampu bergerak banyak, karena terasa nyeri apabila bergerak dan nyeri tersebut bertambah

Kekuatan otot : 4 4

(7) Sistem Integumen

Tidak ada edema, dan lesi di ekstermitas atas dan bawah, turgor kembali dalam >2 detik.

(8) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

e. Data Psiko, Sosial, Spiritual

(a) Aspek Psikologi

Klien tampak tenang, emosi klien stabil, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik terbukti dengan klien tetap dapat bekerja sama dengan perawat, keluarga, ataupun tim kesehatan lainnya. Klien dan keluarganya selalu bertanya mengenai kondisi klien serta meminta informasi terkait dengan kondisi klien.

(b) Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarga, perawat, serta tim kesehatan lainnya cukup baik. Selain itu hubungan klien dengan masyarakat di sekitar lingkungannya pun cukup baik.

(c) Aspek Spiritual

Klien beragama islam, ketika hendak melaksanakan shalat keluarga klien selalu membantu untuk melaksanakan shalat. Klien dan keluarga klien menganggap sakitnya saat ini adalah penggugur dan penghapus dosanya yang terdahulu, maka dari itu klien dan keluarga

menerima dengan ikhlas keadaannya yang sekarang dan tidak lupa berdoa untuk kesembuhan klien.

e). Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Kegiatan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x / hari	3x / hari
	Jenis	Nasi, lauk pauk	Nasi, lauk pauk
	Porsi	1 porsi habis	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu
	b. Minum		
	Frekuensi	7-8 gelas / hari	6-7 gelas / hari
	Jenis	Air putih, air teh	Air putih
	Cara	Mandiri	Dibantu
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1 x / hari	1 x / hari
	Konsistensi	Padat	Lembek
	Warna	Kuning	Kuning

	Cara b. BAK Frekuensi Warna Cara	kecoklatan Mandiri 4 – 5 x / hari Kuning jernih Mandiri	kecoklatan Mandiri 4 – 5 x / hari Kuning jernih Mandiri
3.	Pola Istirahat Tidur a. Tidur siang Lama tidur Keluhan b. Tidur malam Lama tidur Keluhan	± 1,5 jam Tidak ada ± 7 – 8 jam Tidak ada	± 1,5 jam Tidak nyenyak ± 5 – 6 jam Tidak nyenyak, sering terjaga karena merasakan nyeri
4.	<i>Personal Hygiene</i> a. Mandi Frekuensi Cara b. Mengganti	1 x / hari Mandiri	1 x / hari Dibantu

	pakaian		
	Frekuensi		
	Cara	1 x / hari	1 x / hari
		Mandiri	Dibantu

f). Pemeriksaan penunjang

Nama : TN.D (26 tahun)

No. CM : 000240657

Tanggal Pemeriksaan : 22 April 2025

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Lab

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,2	g/dl	14-18
Hematokrit	42,2	%	35-45
Leukosit	5.600	uL	4000-10000
Trombosit	326.00	Ul	150000-440000
Kimia Klinik			
AST (SGOT)	20	U/L	10-50
ALT (SGPT)	16	U/L	10-50
Ureum	20	mg/dl	17-43
Kreatinin	0,82	mg/dl	0,62-1,10
GDS	100	mg/dl	70-110

g). Terapi Medik

Tabel 3.3 : Terapi Medik

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1.	Infus Asering	20 tpm	IV
2.	Ceftriaxone	1gr/12 jam	IV
3.	Ketrolac	30mg/8 jam	IV
4.	Omeprazole	30mg/8 jam	IV

- a) Infus Asering pada pasien post operasi membantu untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, dan menjaga keseimbangan elektrolit, serta pemulihan pasca operasi.
- b) Ceftriaxone untuk mencegah infeksi luka pada pasien pasca operasi
- c) Keterolac untuk meredakan nyeri derajat sedang hingga berat, biasanya digunakan pada pasien pasca operasi atau pasien dengan prosedur medis lain yang menyebabkan nyeri.
- d) Omeprazole untuk menurunkan produksi asam lambung, biasanya pemberiannya bersamaan dengan obat pereda nyeri, karena sebagian besar obat pereda nyeri memiliki efek samping meningkatkan produksi asam lambung.

2. Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengeluh nyeri pada luka operasi PoD1. - Nyeri seperti tersayat-sayat	Kontipasi dan mengengjan dalam waktu yang lama, Penurunan relative venous return di daerah perianal	Nyeri Akut D.0077

	- Skala nyeri 6 (0-10) - Nyeri hilang timbul - Nyeri dirasakan apabila bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan DO : - Klien tampak meringis - Klien nampak menunjukkan bagian nyeri - Terdapat luka operasi dibagian anus - TD: 140/90 mmHg N: 98x/menit Rr: 22x/menit S: 36,2 °C - SPO2: 98%	(yang disebut dengan efek torniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur vena, perdarahan, operasi (hemoroidektomi), nyeri akut.	
2.	DS : - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh	Kontipasi dan mengenjan dalam waktu yang lama,	Gangguan Pola Tidur D.005

	sering terjaga karena timbulnya nyeri DO : - Klien nampak sering menguap - Klien nampak dengan kantung mata gelap	Penurunan relative venous return di daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur vena, perdarahan, operasi (hemoroidektomi), nyeri akut, Gangguan Pola Tidur	
3.	DS : - Klien mengeluh nyeri	Kontipasi dan mengenjan dalam waktu yang lama, Penurunan relative venous return di	Resiko Infeksi

	DO : - Terdapat luka operasi dibagian anus sekitar 2 cm Luka tertutup kassa	daerah perianal (yang disebut dengan efek tourniquet), Aliran vena balik terganggu, Tekanan periver meningkat pelebaran vena anus (hemoroid), Peradangan pada pleksus hemoroidalis, Aliran vena balik terganggu, membesar diluar rektum vena menegang, ruptur vena, perdarahan, operasi (hemoroidektomi), kerusakan integritas kulit, resiko infeksi.	
--	--	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi D.0055
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi D.0142

4. Intervensi

Tabel 3.5 Intervensi

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif turunun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun 8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik

		cedera berulang menurun 10. Frekuensi nadi membaik	Terapeutik - Berikan Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Terapi musik, kompres hangat atau dingin)
		11. Pola nafas membaik	- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		12. Tekanan darah membaik	- Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

			mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan Pola Tidur D.0055	Pola Tidur L.05045 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur I.09265 Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Identifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batas waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi

			menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
--	--	--	---

			(mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Risiko Infeksi D.0142	Tingkat Infeksi L.14137 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Kadar sel darah putih membaik 8. Kultur area luka membaik	Pencegahan infeksi I.14539 Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			- Ajarkan cara mencuci tangan dengan Denar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	---

5. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3.6 Implementasi dan evaluasi

No	Waktu /	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
----	------------	-------------------------	--------------	----------

	Tanggal			
1.	22 April 2025	Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV Respon TD : 140/90 mmHg N : 98x/menit Rr : 22x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : P : Nyeri dirasakan di anus luka bekas operasi Q : Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat R : Nyeri dirasakan dibagian anus S : Skala nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, nyeri	S : - Klien mengatakan nyeri bagian anus terdapat luka pasca operasi. O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - P : Nyeri post operasi hemoroid - Q : Nyeri seperti tersayat-sayat - R : Nyeri bagian anus - S : Skala 6 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila

			bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit. 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak meringis Terapeutik 4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif Edukasi 5. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien	diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit. - TTV TD : 130/100 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99 % A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	---	---

			kooperatif Kolaborasi 6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.	
2.	22 April 2025	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi 1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Biasanya tidur siang 1,5 jam, tidur malam 7-8 jam namun setelah operasi tidur malam berkurang akibat sering terjaga 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka operasi Terapeutik	S : - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terjaga karena timbulnya nyeri pada luka operasi O : - Klien nampak sering menguap - Klien nampak dengan kantung mata gelap A : Masalah belum teratasi P : Intervensi

			3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman 4. Menetapkan jadwal rutin tidur R : Klien mampu memahami jadwal tidur yang dijadwalkan Edukasi 5. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami 6. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari	dilanjutkan
--	--	--	--	-------------

			makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	
3.	22 April 2025	Risiko Infeksi	Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi R : Balutan luka lembab, luka nampak kemerahan 2. Memonitor karakteristik luka R : Kemerahan, tidak ada pembengkakan, nyeri disekitar area luka Terapeutik 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mempertahankan teknik aseptik	S : - Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen atas luka bekas operasi O : - Terdapat luka bekas operasi laparaskopi 3 titik sekitar 2cm - Luka tertutup kassa - Nampak lembab - Luka kemerahan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

			R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5. Memberikan perawatan luka R : Melakukan gp atau perawatan luka 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 7. Membersihkan luka dengan cairan Nacl 8. Memasangkan balutan sesuai jenis luka Edukasi 9. Menjelaskan tanda gejala infeksi R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi	
--	--	--	--	--

			10. Mengajarkan cuci tangan yang benar Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein R : Klien mengetahui apa saja makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 12. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan R : Klien kooperatif 13. Memberikan pemberian antibiotik R : Injeksi ceftriaxone	
1.	23 April 2025	Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV	S : - Klien mengatakan

			Respon TD : 130/90 mmHg N : 92x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : P : Nyeri dirasakan di anus luka bekas operasi Q : Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat R : Nyeri dirasakan dibagian perut atas S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang	nyeri bagian anus yang terdapat luka pasca operasi. O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - P : Nyeri post operasi hemoroidektomi - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri bagian abdomen atas - S : Skala 5 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10
--	--	--	---	---

			apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit. 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak meringis Terapeutik 4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif Edukasi 5. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien kooperatif Kolaborasi	menit. - TTV TD : 130/90 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99 % A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	---	--

			6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.	
2.	23 April 2025	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi 1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Biasanya tidur siang 1,5jam, tidur malam 7-8 jam namun setelah operasi tidur malam berkurang akibat sering terjaga 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka operasi, namun sekarang lebih nyenyak Terapeutik	S : - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering terjaga karena timbulnya nyeri pada luka operasi - Klien mengatakan tidurnya menjadi nyenyak - Waktu tidur bertambah O : - Klien nampak dengan kantung mata gelap A : Masalah belum teratasi

			3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman 4. Menetapkan jadwal rutin tidur R : Klien mampu memahami jadwal tidur yang dijadwalkan Edukasi 5. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami 6. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari	P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	----------------------------

			makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	
3.	23 April 2025	Risiko Infeksi D.0142	Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi R : Balutan luka lembab, luka nampak kemerahan 2. Memonitor karakteristik luka R : Kemerahan ringan, tidak ada pembengkakan, nyeri disekitar area luka Terapeutik 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mempertahankan teknik aseptik	S : - Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen atas luka bekas operasi O : - Terdapat luka bekas operasi laparascopy cholelithiasis 3 titik sekitar 2cm - Luka tertutup kassa - Nampak lembab - Luka kemerahan berkurang A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

			R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 5. Memberikan perawatan luka R : Melakukan gp atau perawatan luka 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 7. Membersihkan luka dengan cairan Nacl 8. Memasangkan balutan sesuai jenis luka Edukasi 9. Menjelaskan tanda gejala infeksi R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi	
--	--	--	--	--

			10. Mengajarkan cuci tangan yang benar Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein R : Klien mengetahui apa saja makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 12. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan R : Klien kooperatif 13. Memberikan pemberian antibiotik R : Injeksi ceftriaxone	
1.	24 April 2025	Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV	S : - Nyeri berkurang

			Respon TD : 120/90 mmHg N : 93x/menit Rr : 21x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : P : Nyeri dirasakan di anus operasi nyeri berkurang Q : Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat R : Nyeri dirasakan dibagian anus S : Skala nyeri 4 (0-10) T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang	O : - Klien tampak nyaman - Klien nampak lebih nyaman - P : Nyeri post operasi hemoroidektomi - Q : Nyeri seperti tersayat-sayat - R : Nyeri bagian anus - S : Skala 4 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan. - TTV TD : 120/90 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 99 %
--	--	--	---	---

			apabila diistirahatkan 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak sedikit meringis Terapeutik 4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif Edukasi 5. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien kooperatif , klien mengatakan nyeri berkurang setelah melakukan teknik relaksasi Kolaborasi	A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
--	--	--	---	--

			6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.	
2.	24 April 2025	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi 1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak dan tidak sering terjaga 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka operasi, namun sekarang sudah tidak ada keluhan sulit tidur atau kurang tidur. Terapeutik	S : - Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak - Tidak ada keluhan sulit tidur - Waktu tidur bertambah O : - Klien nampak segar A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan

			3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman Edukasi 4. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami 5. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	
--	--	--	--	--

3.	24 April 2025	Risiko Infeksi D.0142	Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi R : Kemerahan tidak ada, kualitas luka baik, klien sudah melakukan perawatan luka 2. Memonitor karakteristik luka R : Kemerahan tidak ada, tidak ada pembengkakan, tidak nyeri disekitar area luka Terapeutik 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mempertahankan teknik aseptik R : Mencuci tangan sebelum	S : - Klien mengatakan tidak lagi nyeri dibagian abdomen atas luka bekas operasi O : - Terdapat luka bekas operasi laparascopy cholelithiasis sekitar 2cm - Luka tertutup kassa - Nampak kering dan bersih - Kemerahan berkurang - Tidak ada pembengkakan - Tidak ada nyeri A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
----	------------------	--------------------------	--	---

			dan sesudah kontak dengan pasien Edukasi 5. Menjelaskan tanda gejala infeksi R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan cuci tangan yang benar Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar 7. Mengajarkan mengonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein R : Klien mengetahui apa saja makanan yang tinggi kalori dan	
--	--	--	---	--

			tinggi protein	
			8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan R : Klien kooperatif	
			9. Memberikan pemberian antibiotik R : Injeksi ceftriaxone	

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan perkembangan

No.Dx	Hari	Catatan Perkembangan	Paraf
Keperawatan	Tanggal		
1	24 April 2025	S : - Klien mengatakan nyeri bagian anus yang terdapat luka operasi sudah berkurang O : - Klien tampak nyaman dan tenang - P : Nyeri post operasi hemoroidektomi Q : Nyeri seperti tersayat-sayat R : Nyeri bagian anus S : Skala 4 T : Hilang timbul - TTV TD : 120/80 N : 80x/menit RR : 21x/menit S : 36.7°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan dirumah.	fawaz
2	24 April 2025	S : - Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak - Tidak ada keluhan sulit tidur	Fawaz

		- Tidak ada keluhan sering terjaga - Waktu tidur bertambah O : - Klien nampak segar A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
3	24 April 2025	S : - Klien mengatakan tidak lagi nyeri dibagian anus O : - Terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi 2 cm - Luka tertutup kassa - Nampak kering dan bersih - Kemerahan berkurang - Tidak ada pembengkakan - Tidak ada nyeri A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan dirumah.	fawaz

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada TN.D dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi hemoroidektomi PoD1 yang dilaksanakan selama 3 hari, mulai dari tanggal 20 April 2025 s/d 22 April 2025 di ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut, dengan membandingkan antara teori dan praktek dilapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap implementasi, dan tahap Evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahap pembahasan pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil data pengkajian pada TN.D dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi hemoroidektomi PoD1 di ruang Tulip RS TK IV Guntur Garut. Untuk memperoleh data tersebut, penulis melakukan pengkajian kepada klien dengan melakukan wawancara (anamnesis), pemeriksaan fisik, dan observasi. Data yang telah dikaji diklasifikasikan kemudian di analisis.

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 April 2025 dengan menggunakan metode wawancara dengan klien dan dibantu oleh keluarga. Pada pemeriksaan post operasi didapatkan data yaitu terdapat luka bekas operasi dibagian anus dengan panjang 2 cm, klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat klien tampak meringis dan

berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya dan kesulitan menggerakkan tubuhnya, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan, skala nyeri 6 (0-10) klien juga mengeluh sering terjaga dan tidurnya tidak nyenyak diakibatkan karena adanya nyeri. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 140/90mmHg, Rr :22x/menit, N :98x/menit, S : 36,7°C, SPO2 : 98%.

Menurut Nyoman et al (2021), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien hemoroid yaitu Anoskopi untuk melihat hemoroid internal yang tidak menonjol ke luar dan Sigmoidoskopi fleksibel atau koloniskopi untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh prows radang atau prows keganasan di tingkat yang lebih tinggi.

Pada saat melakukan pengkajian dengan TN.D penulis tidak mengalami hambatan. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah klien dan keluarga yang kooperatif, perawat dan tim yang kompeten sehingga sangat mendukung penulis untuk menggali informasi berupa data objektif dan subjektif tentang kondisi klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa yang mungkin muncul pada hemoroid yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi D.0055
3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi D.0142

Dari keempat diagnosa yang biasa muncul pada klien dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi hemoroid menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pada kasus di lapangan terhadap kasus TN.D penulis menemukan 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori tersebut diantaranya :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi

3. Perencanaan

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi adalah Manajemen nyeri diantaranya identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing. kompres hangat atau dingin, terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur,

Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi adalah dukungan tidur diantaranya identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batas waktu tidur siang, jika perlu, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM, ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja), ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi adalah pencegahan infeksi dan perawatan luka diantaranya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu, monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 20-22 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada TN.D berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI, secara umum, sebagian besar intervensi yang direncanakan dapat diimplementasikan dengan baik.

Pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut penulis memberikan tindakan diantaranya adalah memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul, memberikan obat analgetik, dengan hasil nyeri menurun.

Pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur penulis memberikan tindakan diantaranya adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batas waktu tidur siang, jelaskan pentingnya tidur

cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

Pada diagnosa ketiga yaitu risiko infeksi penulis memberikan tindakan diantaranya adalah memonitor tanda gejala infeksi, memonitor karakteristik luka, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan cuci tangan yang benar, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, memberikan pemberian antibiotik.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Klien pulang pada tanggal 22 April 2025 dengan kondisi masalah sudah teratasi dan sebagian dilanjutkan hal ini dikarenakan dokter sudah mengizinkan untuk terapi lanjutan dirumah, dan rawat jalan , pada diagnose nyeri akut Tingkat nyeri menurun, pada diagnose gangguan pola tidur sudah didapati pola istirahat membaik dan pada risiko infeksi ditemukan kondisi

luka membaik selain itu didapati pula jika keempat diagnosa telah memenuhi kriteria hasil yang diharapkan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan pada TN.D dengan Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 di ruang Tulip Rumah Sakit TK IV Guntur Garut dapat disimpulkan :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian terhadap status Kesehatan fisik, psikologi, sosial, kultural dan spiritual yang meliputi penyebab masalah Kesehatan dan masalah Kesehatan pada TN.D dengan Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 di ruang Tulip Rumah Sakit TK IV Guntur Garut, yaitu TN.D mengalami gangguan sistem pencernaan Hemoroid.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan respon pasien terhadap gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasar akibat kondisi post operasi Hemoroidektomi PoD1. Diagnosa yang ditegakkan meliputi nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dan kondisi pasca operasi, terdapat risiko infeksi yang berkaitan dengan efek prosedur invasiv.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada TN.D dengan post operasi Hemoroidektomi PoD1. Intervensi yang diberikan meliputi edukasi dan anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti distraksi dan relaksasi nafas dalam, dan pemberian analgetik. Pada diagnosa

Gangguan pola tidur yang berkaitan dengan nyeri dan kurangnya kontrol tidur, intervensi yang diberikan berfokus pada identifikasi faktor pengganggu tidur, serta edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa pemulihan. Sedangkan pada diagnosis Risiko infeksi akibat prosedur invasif, perawatan luka secara aseptik, serta kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program dari dokter.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan berdasarkan kebutuhan dan masalah pada TN.D dengan gangguan sistem pencernaan: Post Operasi Hemoroidektomi PoD1 berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (SIKI). Implementasi yang dilakukan mewakili dari setiap diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut: Pada diagnosa Nyeri Akut, implementasi yang dilakukan edukasi dan anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri seperti distraksi dan relaksasi nafas dalam, dan pemberian analgetik. Pada diagnosa Gangguan pola tidur, tindakan yang dilakukan antara lain peningkatan kenyamanan lingkungan tidur. Pada diagnosis Risiko infeksi, implementasi difokuskan pada perawatan luka serta kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai program terapi dokter.
5. Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditentukan pada TN.D dengan gangguan pencernaan : post operasi Hemoroidektomi PoD1 dari 3 masalah keperawatan yang muncul pada klien tersebut, terdapat 2 masalah keperawatan yang teratasi dan 2 masalah keperawatan teratasi sebagian,

yaitu: Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi teratasi pada hari ke tiga. Selain itu pada Gangguan pola tidur berhubungan dengan prosedur operasi keluhan sulit tidur dapat teratasi pada hari ke tiga. Dan pada Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi sebagian

B. REKOMENDASI

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan secara Komprehensif pada TN.D dengan Gangguan sistem pencernaan Post op Hemoroidektomi PoD1, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi diantaranya :

1. Institusi Pendidikan

Menyediakan sumber referensi dan literatur terbaru terkait perawatan luka post operasi Hemoroidektomi, guna meningkatkan pengetahuan mahasiswa keperawatan, sebagaimana pengalaman penulis yang mengalami kendala dalam pencarian sumber selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

2. Institusi Rumah Sakit dan Perawat

Memberikan edukasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga terkait cara perawatan luka post operasi Hemoroid secara mandiri atau menganjurkan dilakukan di pelayanan kesehatan untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan, sebagaimana sesuai dengan masalah keperawatan risiko infeksi yang sebagian besar belum sepenuhnya teratasi, melakukan monitoring rutin terhadap kondisi luka dan tanda-tanda infeksi sesuai standar pelayanan keperawatan, mengingat

masih terdapat masalah risiko infeksi yang teratasi sebagian, memastikan penerapan teknik komunikasi terapeutik secara optimal kepada pasien dan keluarga, agar meningkatkan kepatuhan dalam perawatan dan pengobatan, sesuai hasil evaluasi.

3. Untuk Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa keperawatan dalam melakukan pengkajian harus lebih teliti, akurat, tepat, serta lebih menguasai ilmu keperawatan sesuai dengan keadaan klien agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan optimal. Guna terbentuknya seorang perawat masa depan yang lebih berkualitas dan profesional.

4. Untuk Klien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat secara aktif menerapkan edukasi yang telah diberikan, seperti cara perawatan luka secara mandiri, diet sesuai anjuran untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Sebagaimana disimpulkan bahwa sebagian masalah keperawatan masih memerlukan perhatian lanjutan

DAFTAR PUSTAKA

- Astana, P. R. W., & Nisa, U. (2018). Analisis Ramuan Obat Tradisional untuk Wasir di Pulau Jawa; Studi Etnofarmakologi RISTOJA 2015. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 16(2), 115.
<https://doi.org/10.35814/jifi.v16i2.562>
- Ediyanto, A. K. (2019). Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), 32.
<https://doi.org/10.32584/jikmb.v1i2.189>
- Goeteng, D. R., & Purbalingga, T. (2018). Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan Politeknik Yakpermas Banyumas , Diploma III Keperawatan ISSN 2502-1524 Dedi Sukurokhman : Asuhan Keperawatan Pada Ny . M Dengan Post Operasi He. 9–17.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751.
<https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Mangole, J., Rompas, S., & Ismanto, A. (2015). Hubungan Perilaku Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Cardiovascular and Brain Center Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), 109372.
- marishta monicha putri, chanif kurnia sari. (2019). Jurnal Delima Harapan. *Jurnal Delima Harapan*, 6(2), 69–81.
- Maulana, R. Y., & Wicaksono, D. S. (2020). Efek Antiinflamasi Ekstrak Tanaman Pagoda terhadap Hemoroid. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(2), 131–138. <https://doi.org/10.37287/jppp.v2i2.82>
- Mayor, P. R. E. O. (2018). THE RELATIONSHIP KARAKATERISTIK AND FAMILY SUPPORT WITH ANXIETY LEVELS OF PATIENTS PRE MAJOR SURGERY. 2011, 116–120.
- Notonegoro, C., & Simadibrata, C. (2021). JOURNAL OF AGROMEDICINE AND MEDICAL SCIENCES (AMS) ISSN : 2460-9048 (Print), ISSN : 2714-5654 (Electronic) Available online at <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JAMS> Laporan kasus : Efek Akupunktur Manual terhadap Perbaikan Gejala Vertigo dan Tinit. 7(2), 94–97.
- Nurarif, A. H. (2016). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis (Jilid 2). MediAction.
- Nyoman, N., Indrayani, A., & Arnaya, A. A. (2021). Diagnosa dan Tatalaksana pada Hemoroid Derajat IV : Laporan Kasus. 12(3), 706–709.
<https://doi.org/10.15562/ism.v12i3.1165>
- Pedoman SPO. (2020). Pedoman SPO (EDISI 1). PPNI.
- Pradiantini, K. H. Y., & Dinata, I. G. S. (2021). Diagnosis Dan Penatalaksanaan Hemoroid. *Ganesha Medicina Journal*, 1(1).

- Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., Malang, T., Program, D., Ilmu, S., Fakultas, K., Kesehatan, I., Tribhuwana, U., & Malang, T. (2017). HUBUNGAN ANTARA PENGGUNAAN INTERNET DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA MAHASISWA PSIK UNITRI MALANG Emi Diarti 1) , Ani Sutriningsih 2) , Wahidyanti Rahayu H 3). 2, 321–331.
- Rohmani, R., Dahlia, D., & Sukmarini, L. (2018). Penurunan Nyeri Dengan Kompres Dingin Di Leher Belakang (Tengkuk) Pada Pasien Post Hemoroidektomi Terpasang Tampon. Jurnal Keperawatan Tropis Papua, 1(1), 8–12. <https://doi.org/10.47539/jktp.v1i1.14>
- Safyudin, S., & Damayanti, L. (2017). Gambaran pasien hemoroid di instalasi rawat inap departemen bedah rumah sakit umum pusat dr. Mohammad Hoesin Palembang. Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, 4(1), 15–21. <https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jkk/article/view/6091>
- Sudarsono, D. F. (2015). Diagnosis dan penanganan hemoroid. J Majority, 4, 31–34.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Edisi 1). DPP PPNI.
- Yusmanedi, & Mandala, Z. (2014). Faktor Risiko Kejadian Hemoroid Pada Supir Bis AKAP DI POOL PO . GUMARANG JAYA. Jurnal Medika Malahayati, 1(4), 147–151. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/medika/article/view/1936>

LAMPIRAN

Lampiran I

SATUAN ACARA PENYULUHAN

SAP

Satuan Acara Penyuluhan (SAP) hemoroidektomi : Hemoroid

Nama : Fawaz Nugraha

NIM : KHGA22112

Sasaran : Pasien dan Keluarga Tn. D

Tempat : RS Guntur Tingkat IV Ruangan Tulip

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 15 menit, diharapkan pasien mengetahui dan memahami kasus Hemoroid.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit, masyarakat diharapkan akan mampu :

- a. Menyebutkan Pengertian dan penyebab penyakit Hemoroid.
- b. Menyebutkan 3 tanda dan gejala penyakit Hemoroid.
- c. Menyebutkan 2 cara pencegahan penanggulangan Hemoroid.

1) Pokok Bahasan :

- a. Hemoroid

2) Sub pokok bahasan :

- a. Pengertian Hemoroid

- b. Penyebab Hemoroid
- c. Tanda dan gejala Hemoroid
- d. Cara Penularan Hemoroid
- e. Cara pencegahan Hemoroid

B. Metode

Diskusi, Tanya jawab.

C. Media

Leaflet

D. Kegiatan Belajar Mengajar (KBM)

1. Pendahuluan

Pembukaan dan menjelaskan tujuan

2. Penyajian

Menjelaskan materi

3. Penutup

Merangkum dan melakukan evaluasi

E. Tahap-tahap

NO	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1	PEMBUKAAN	1. Memberi salam dan perkenalan 2. Menjelaskan tujuan, manfaat dan cakupan materi	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan	3 menit
2	KEGIATAN INTI	1. Menjelaskan pengertian penyakit dan penyebab penyakit Hemoroid 2. Menjelaskan tanda dan gejala penyakit	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Memperhatikan dan menyimak 3. Mendengarkan dan	9 menit

		Hemoroid 3. Menjelaskan penularan dan pencegahan penyakit Hemoroid 4. Memberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang kurang jelas	memperhatikan 4. Bertanya jika ada yang tidak jelas	
3	PENUTUP	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan dengan memberi pertanyaan 2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 3. Memberi salam	1. Menjawab pertanyaan 2. Mendengarkan dan memperhatikan 3. Menjawab salam	3 menit

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
- Media dan alat memadai
- Setting sesuai dengan kegiatan

2. Evaluasi Proses

- pelaksana dan sasaran mengikuti penkes sesuai waktu yang ditetapkan.
- sasaran aktif selama proses penkes
- sasaran mampu menjawab pertanyaan
- Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap dan jelas

3. Evaluasi Hasil

- a. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian Hemoroid
- b. Sasaran mampu menyebutkan Penyebab Hemoroid
- c. Sasaran mampu menyebutkan Tanda dan gejala Hemoroid
- d. Sasaran mampu menjelaskan Cara Penularan Hemoroid
- e. Sasaran mampu menyebutkan Cara Pencegahan Hemoroid

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Fawaz Nugraha

NIM : KHGA22112

Pembimbing : Andri Nugraha, S.Kep., Ners., M.Kep.

Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERCERNAAN
: POST OPERASI HEMOROIDEKTOMI PoD1 DI
RUANG TULIP RS TK IV GUNTUR GARUT

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1			Diskusi KTI		
2		BAB 1	a. Revisi BAB I b. Dampak		
3		BAB 1	a. ACC BAB I b. Lanjut BAB II		
4		BAB II	a. Revisi BAB II		

			b. Rapihkan paragraf c. Susun Bab 3		
5		BAB III	a. Revisi BAB III b. Perbaiki diagnosa c. Susun BAB IV		
6		BAB III dan IV	a. ACC BAB III dan IV b. Susun Abstrak c. Buat PPT		
7			Konsul PPT		
8		a. Draft KTI b. Lengkap KTI	ACC SIDANG KTI		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. BIODATA

Nama : Fawaz Nugraha

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 21-10-2003

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp.Pasirkiamis rt03/03, Kecamatan pasirwangi,
Kabupaten Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

SDN Pasirkiamis 01 : 2009-2015

PPI 73 Garogol : 2015-2018

PPI 73 Garogol : 2018-2021

Stikes Karsa Husada Garut : 2022-2025