

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP
HEMOROIDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA III RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH
CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

YOGA PRAZANDA ASDA

AKX.16.145



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yoga Prazanda Asda

NIM : AKX .16 .145

Program Studi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul Karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada klien Post Op Hemoroidektomi
Dengan Nyeri akut Di ruang Wijaya Kusuma III RSUD
Ciamis.

Menyatakan Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional ahli madya (Amd) di program studi DIII keperawatan Stikes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis saya murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Bandung, 16 April 2019

Yang membuat pernyataan



Yoga Prazand Asda

AKX.16.145

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

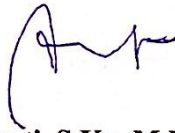
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP
HEMOROIDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA
KUSUMA III RSUD CIAMIS**

**OLEH
YOGA PRAZANDA ASDA
AKX.16.145**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 16 April
2019 seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP. 1011603**

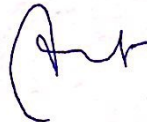
Pembimbing Pendamping



**Drs. H. Rachwan H, Bsc.An., M.Kes
NIP. 10115175**

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIP. 1011603**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP
HEMOROIDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA
KUSUMA III RSUD CIAMIS**

OLEH

YOGA PRAZANDA ASDA

AKX.16.145

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi

Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung,

Pada Tanggal, 16 April 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

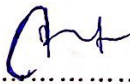
(Penguji I)


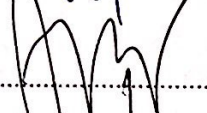
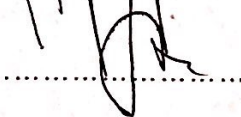
2. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners.,M.kep

(Penguji II)

3. Drs. H.Rachwan H, Bsc.An., M.Kes

(Pembimbing Pendamping)

.....


.....

.....

.....


Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,


Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIP. 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma III RSUD CIAMIS.*

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do'a dan dukungan dari semua kalangan, Karya Tulis Ilmiah ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes., selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S. Kp. M.Kep selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Tuti Suprapti, S. Kp. M.Kep selaku pembimbing utama dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Drs.rachwan H,k.kes selaku pembimbing pendamping dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. dr. H. Aceng Solahudin A., dr., M.Kes selaku direktur RSUD Ciamis yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Ratna, AMK selaku CI Ruangannya Wijaya Kusuma III yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. H.Yusuf lubis selaku Bupati Pasaman timur yang telah member saya rekomendasi untuk melanjutkan kuliah di STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG karna kurangnya tenaga kerja Anestesi di daerah saya
9. Wanda Prayoga Asda Amd.an, selaku senior dan kakak saya sendiri yang telah mengajarkan dan membimbing saya dari awal saya masuk sampai selesai di perkuliahan ini.
10. Seluruh dosen dan staff program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bimbingan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Ayah dan Ibu tercinta yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan baik secara moril maupun materil, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Seluruh senior, teman-teman seperjuangan angkatan XII dan adik-adik tingkat yang telah memberikan dukungan moril;

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Tuhan Yang Maha Esa, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2019

Yoga Prazanda asda

ABSTRAK

Latar Belakang: Jumlah kasus post op hemoroidektomi di rumah sakit RSUD Ciamis yaitu sekitar 26 orang perbulan dan 312 orang pertahunnya, Post op hemoroidektomi adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk penyakit hemoroid. Adapun masalah keperawatan yang timbul akibat post op hemoroidektomi adalah nyeri, ansietas, konstipasi, intoleransi aktivitas, resiko syok hipovolemik, dan resiko infeksi. Pada klien kasus post op hemoroidektomi klien dengan gangguan rasa nyeri sebagai ciri khas utama, tindakan untuk mengatasi hal ini perlu dilakukan tindakan observasi skala nyeri, Ajarkan tindakan relaksasi nafas dalam dan terapi distraksi terapi musik. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/ fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan perbandingan 2 klien post op hemoroidektomi. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, menjaga mencatat skala nyeri yang akurat di dapat pada kasus , dari hari 1 sampai hari ke 3 teratasi pada klien 1 dan 2 teratasi. **Diskusi:** mengobservasi skala nyeri dan melakukan berbagai tindakan asuhan keperawatan nyeri dengan tindakan pemeberian relaksasi nafas dalam dan distrakasi terapi musik sangat berpengaruh pada penurunan nyeri yang dialami oleh klien 1 dan 2. Petugas kesehatan diharapkan dapat mengedukasi dan memberikan pelajaran kepada klien dan keluarganya tentang hemoroid dan bagaimana perawatan klien post op hemoroidektomi.

Kata kunci : asuhan keperawatan, post op hemoroidektomi.

Daftar Pustaka : 9 buku (2009-2019), 2 Jurnal (2017-2018), 3 website (2014-2017)

ABSTRACT

Background: The number of post op hemorrhoidectomy cases in Ciamis Regional Hospital is around 26 people pre month and 312 people year, The nursing problems that arise due to post op hemorrhoidectomy are pain, anxiety, constipation, activity intolerance, risk of hypovolemic shock, and risk of infection. In the client case post hemorrhoidectomy in found clients with pain disorders as the main characteristics, actions to overcome this need to be observed measures of pain scale, teach the action of deep breathing relaxation and distraction in music therapy. **Method:** Case studies are to explore a problem/ phenomenon with detailed limitations, have in depth data retrieval and include various sources of information. This typical study performed a comparison of 2 post op hemorrhoidectomy clients. **Results:** After doing nursing care 3x24 hours, maintaining an accurate pain scale writing can be in the case, from day 1 to day 3 resolved on clients 1 and 2 resolved. **Discussion:** Observing pain scale and performing various nursing care actions for pain by providing deep breath relaxation and music therapy distraction greatly affect the pain reduction experienced by clients 1 and 2. Health workers are expected to be able to educate and teach clients and their families about hemorrhoids and how to care post op hemorrhoidectomy client.

Keywords : Nursing care, post op hemorrhoidectomy

Bibliography : 9 books (2009-2019), 2 Journals (2017-2018), 3 website (2014-2019)

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar isi	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1. Tujuan Umum.....	3
1.3.2. Tujuan Khusus.....	3
1.4. Manfaat.....	4
1.4.1. Teoritis.....	4
1.4.2. Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Konsep Penyakit Gastritis.....	6
2.1.1. Definisi Gastritis.....	6
2.1.2. Anatomi Fisiologi.....	8
2.1.3. Patofisiologi.....	10
2.1.4. Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5. Etiolog.....	11

2.1.6. klasifikasi.....	12
2.1.7. Penatalaksanaan.....	13
2.1.8. Pemeriksaan penunjang.....	15
2.2. Konsep Nyeri	24
2.2.1. Defenisi Nyeri.....	17
2.2.2. Fisiologi Nyeri.....	17
2.2.3. Klafikasi Nyeri.....	18
2.2.4. Penatalaksanaan Nyeri.....	19
2.2.5. Pengukuran Derajat Nyeri.....	23
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
2.3.1. Pengkajian.....	24
2.3.2. Diagnosa Keperawatan.....	32
2.3.3. Perencanaan.....	33
2.3.4. Implementasi.....	40
2.3.5. Evaluasi.....	40
BAB III METODE PENULISAN KTI.....	33
3.1. Desain.....	42
3.2. Batasan Istilah.....	42
3.3. Partisipan/Responden/Subyek Penelitian.....	43
3.4. Lokasi dan Waktu.....	43
3.5. Pengumpulan Data.....	44
3.6. Uji Keabsahan Data.....	46
3.7. Analisis Data.....	46
3.8. Etik Penulisan KTI.....	48
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1. Hasil.....	50
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	50
4.1.2. Asuhan Keperawatan.....	51
4.1.2.1. pengkajian.....	51
4.1.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	62
4.1.2.3. Intervensi.....	65

4.1.2.4. Implementasi.....	68
4.1.2.5. Evaluasi.....	72
4.2. Pembahasan.....	73
4.2.1. Pengkajian.....	73
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	76
4.2.3. Intervensi Keperawatan.....	79
4.2.4. Implementasi Keperawatan.....	80
4.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	80
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	83
5.1. Kesimpulan.....	83
5.1.1. Pengkajian.....	84
5.1.2. Diagnosa.....	84
5.1.3. Intervensi.....	85
5.1.4. Implementasi.....	86
5.1.5. Evaluasi.....	86
5.2. Saran.....	87
5.2.1. Bagi Rumah Sakit.....	88
5.2.2. Bagi Perawat.....	88
5.2.3. Bagi Institusi.....	88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Hemoroid eksternal dan internal.....	9
------------	--------------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Skala penilaian nyeri	26
Tabel 2.2	Intervensi dan Rasional Intoleransi Aktivitas	34
Tabel 2.3	Intervensi dan Rasional Gangguan rasa nyaman nyeri	35
Tabel 2.4	Intervensi dan Rasional Resiko syok hipovolemik	36
Tabel 2.5	Intervensi dan Rasional Resiko infeksi	37
Tabel 2.6	Intervensi dan Rasional Konstipasi	38
Tabel 2.7	Intervensi dan Rasional Ansietas	39
Tabel 4.1	Identitas klien	51
Tabel 4.2	Identitas Penanggung Jawab	51
Tabel 4.3	Perubahan Aktivitas Sehari-hari	53
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik	54
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologi	58
Tabel 4.6	Pemeriksaan Diagnostik	59
Tabel 4.7	program dan Rencana pengobatan Klien 1	60
Tabel 4.8	program dan Rencana Pengobatan Klien 2	60
Tabel 4.9	Analisa Data	60
Tabel 4.10	Diagnosa Keperawatan	62
Tabel 4.11	Intervensi	65
Tabel 4.12	Implementasi	68
Tabel 4.13	Evaluasi	72

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	10
-----------	--------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Justifikasi
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	SOP Relaksasi Nafas Dalam
Lampiran IV	Lembar SAP Hemoroid
Lampiran V	Leaflet Relaksasi nafas dalam
Lampiran VI	Lembar Observasi
Lampiran VII	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran VIII	Review Artikel
Lampiran IX	Jurnal Penelitian I
Lampiran X	Jurnal Penelitian II
Lampiran XI	Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
S	: Suhu
R	: Respirasi
IMT	: Indeks Masa Tubuh
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
EBP	: <i>Evidence Base Practice</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
TTV	: Tanda – Tanda Vital
NIC	: <i>Nurse Intervention Clasification</i>
NOC	: <i>Nurse Outcome Clasification</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hemoroid merupakan masalah yang sering terjadi pada masyarakat , salah satunya penyakit pencernaan yaitu hemoroid atau wasir yang tergolong penyakit tidak menular. Penyakit ini dapat berpengaruh pada kualitas dan produktivitas hidup masyarakat Indonesia (Depkes R.I, 2016).

Hemoroid merupakan penyakit anus yang cukup banyak ditemukan pada praktek dokter sehari-hari. Hemoroid memiliki nama lain yaitu ambeien, wasir dalam istilah di masyarakat umum. Sejak dulu hemoroid hanya diobati oleh dukun-dukun wasir dan dokter bedah, akan tetapi akhir-akhir ini karena kasusnya semakin banyak semua dokter diperbolehkan menangani hemoroid. Hemoroid memiliki faktor resiko cukup banyak yang harus dicegah atau di obati bila penderita ingin sembuh. Penatalaksanaan hemoroid dibagi atas penatalaksanaan secara medik dan secara bedah tergantung dari derajatnya (simadibrata, 2014).

Masalah yang sering terjadi setelah operasi Post op hemoroidektomi banyak ditemukan adanya keluhan nyeri hebat yang dirasakan oleh klien 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 jaitan luka operasi

tidak rusak dan supaya tidak terjadi pendarahan hebat. Maka perlu setelah operasi post op hemoroidektomi klien harus menjaga pola makan diharuskan beberapa hari memekan makanan dalam bentuk bubur dalam porsi yang sedang untuk beberapa hari.

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, penderita hemoroid atau wasir semakin lama semakin banyak yaitu pada angka sekitar 230 juta orang. Berdasarkan dari departemen kesehatan Republik Indonesia jumlah pasien hemoroid sendiri terus bertambah yaitu pada angka 5,7% namun hanya 1,5 saja yang terdiagnosa. Daerah Jawa Barat sendiri diperkirakan 326 penderita (Depkes R.I, 2016).

Berdasarkan data Rekam Medis Rumah Sakit RSUD Ciamis hemoroid termasuk 10 penyakit besar yang di rawat di RSUD Ciamis, 10 Besar penyakit tahun 2018 di ruang Wijaya Kusuma III, Hernia berjumlah 112, Tumor jaringan lunak berjumlah 95, Ulkus DM berjumlah 76, APP Kronis berjumlah 31, Hemoroid berjumlah 26, Tumor Mamae berjumlah 22, APP acute berjumlah 21, Collelithiasis berjumlah 17, BPH berjumlah 17, SNNT berjumlah 15, jumlah tersebut ialah jumlah pasien rawat inap di ruang Wijaya Kusuma selama satu tahun, dan penyakit hemoroid berada pada 5 besar jumlah pasien rawat inap di ruang Wijaya Kusuma III. Masalah keperawatan dari fakta diatas ialah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang hemoroid dan bagaimana cara penanganan dan pencegahannya nyeri pada klien post op hemoroidektomi. Masalah keperawatan post op hemoroidektomi yang utama adalah nyeri, ansietas, konstipasi, intoleransi aktivitas, resiko syok

hipovolemik, dan resiko infeksi. nyeri yang dirasakan setelah post op ini jika tidak dapat di atasi maka akan menimbulkan gangguan fisiologis, psikologis dan perilaku bagi yang bersangkutan, bukan hanya nyeri, tetapi juga bisa infeksi dan gangguan konstipasi. Peran perawat pada klien ini ialah melakukan penjelasan tentang penyakit, penanganan, dan melakukan asuhan keperawatan kepada klien. maka menimbulkan ketertarikan perawat mengambil judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya kusuma III RSUD Ciamis ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post Op Hemoroidektomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis Tahun 2019.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan pengkajian dan meliputi Klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Masalah Keperawatan nyeri akut pengumpulan data, analisa

data, dan menegakkan diagnosa di ruang wijaya kusuma III RSUD Ciamis Tahun 2019.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Masalah Keperawatan nyeri akut di ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis Tahun 2019.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Klien Post Op Hemoroidektomi Dengan Masalah Keperawatan nyeri akut di ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Klien Post Op Hemoroidektomi dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun di ruang Wijaya Kusuma RSUD Ciamis Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi pada pada Klien Post Op Hemoroiektomi di ruang wijaya kusuma III RSUD Ciamis Tahun 2019.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memeberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan bedah sebagai informasi dalam melakukan tindakan relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri akut pada klien Post Op Hemoroidektomi.

1.4.2. Praktis

1.4.2.1. Bagi Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi untuk menambah pengetahuan dalam penanganan Hemoroid/ Hemoroidektomi.

1.4.2.2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit dalam meningkatkan dan memudahkan pelayanan kesehatan pasien, khususnya pasien, khususnya tentang Post Op Hemoroidektomi.

1.4.2.3. Bagi Intitusi pendidikan

Dapat menambah sumber pustaka, dan juga dapat dijadikan sebagai sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun di tempat praktek.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Hemoroid adalah penebalan bantalan jaringan submukosa (anal cushion) yang terdiri dari vena, arteriol, dan jaringan otot polos yang terletak di kanalis anal. Hemoroid atau dikenal pula dengan sebutanambeien adalah suatu pelebaran pembuluh darah balik (vena) pada anus / dubur, teraba seperti bola atau benjolan kecil yang dapat menimbulkan rasa nyeri, gatal, dan ketidak nyamanan. Hemoroid adalah pelebaran vena di dalam pleksus hemoroidalis yang tidak merupakan keadaan patologik (Dermawan & Rihayuningsih, 2010).

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

Hemoroid adalah suatu pelebaran vena dari vena vena di dalam pleksus hemoroidalis, hemeoroid ini dibedakan menjadi 2 yaitu internal dan eksternal. Hemoroid interna adalah pelebaran vena pada pleksus hemeoroid pleksus di atas garis mukokutan dan tutupi oleh mukosa.

Hemoroid eksterna yang merupakan pelebaran dan penonjolan pleksus hemoroid inferior terdapat di sebelah distal garis mukokutan di dalam jaringan di bawah epitel anus (Muttaqin & Sari, 2013).

Hemoroiddektomi Umumnya pada hemoroid grade III dan IV penatalaksanaan dilakukan dengan terapi bedah yaitu hemoroidektomi, karena biasanya memberikan hasil yang baik. Prinsip eksisi dilakukan sehemat mungkin, pada jaringan yang berlebihan saja, dan tidak mengganggu sfingter ani. (Sjamsuhidajat, 2010). Saat ini hemoroidektomi masih dianggap sebagai gold standard untuk penyembuhan hemoroid, karena berkinerja baik. Namun akibat dari prosedur bedah hemoroidektomi tersebut, eksisi setelah operasi akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat (Shenoy & Anitha, 2014). Seperti dalam jurnal yang menjelaskan bahwa nyeri klien post hemoroidektomi menjadi masalah besar, dan perlu mendapat pengelolaan yang lebih baik (Medina-Gallardo et al., 2017). Maka penatalaksanaan nyeri menjadi prioritas setelah operasi hemoroidektomi dilakukan.

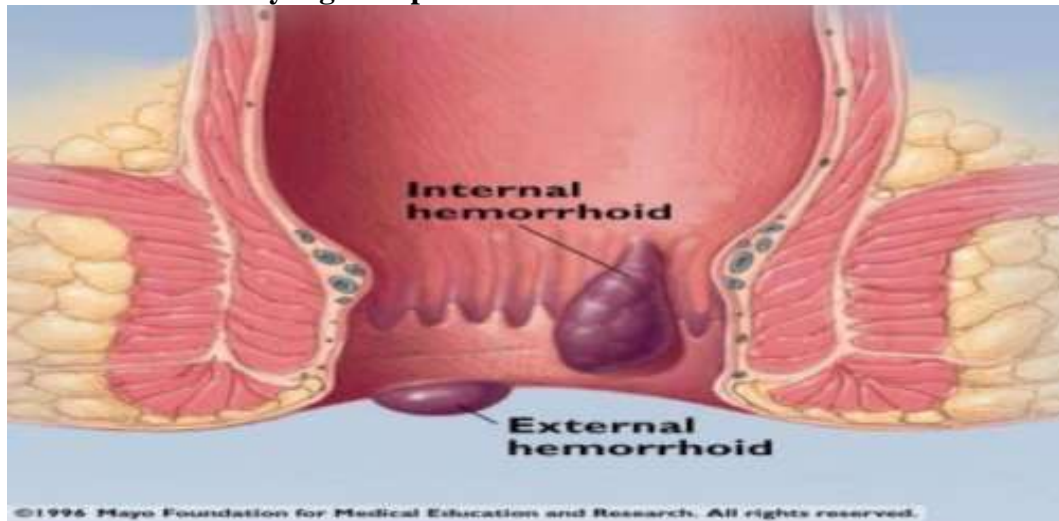
Hemoroidektomi jika nyerinya tidak segera ditangani maka dapat berpengaruh pada fisiologis, psikologis dan perilaku dari seseorang tersebut (Zakiyah, 2015). Bahkan klien pasca operasi hemoroidektomi bisa saja sampai pingsan karena nyeri (Black & Jane, 2014). Pentingnya upaya penurunan nyeri dilakukan karena setelah pembedahan rektal akan menimbulkan nyeri pada sfingter dan perianal akibat terjadinya spasme. Sehingga nyeri menjadi pertimbangan utama (Smeltzer & Bare, 2013).

Teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi merupakan teknik nonfarmakologi untuk menurunkan nyeri (Wahyudi & Abdul, 2016). Sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi yang dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien post operasi (Rampengan, Rondonuwu, & Onibala, 2014).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan

Anus adalah lubang paling bawah tubuh manusia yang merupakan muara akhir dari saluran pencernaan. Dinding anus terdiri dari dua lapis otot yang konsentrasinya diatur sesuai kehendak manusia. Gerakan peristaltik dikendalikan oleh otot polos (otot tak sadar). Akan tetapi pada saat buang air besar otot spingter di anus dipengaruhi oleh otot lurik (otot sadar). Jadi, proses defekasi (buang air besar) dilakukan dengan sadar, yaitu dengan adanya kontraksi di dinding otot perut yang diikuti dengan mengendurnya otot spingter anus dan kontraksi kolon serta rektum. Akibatnya feses dapat terdorong ke luar anus.

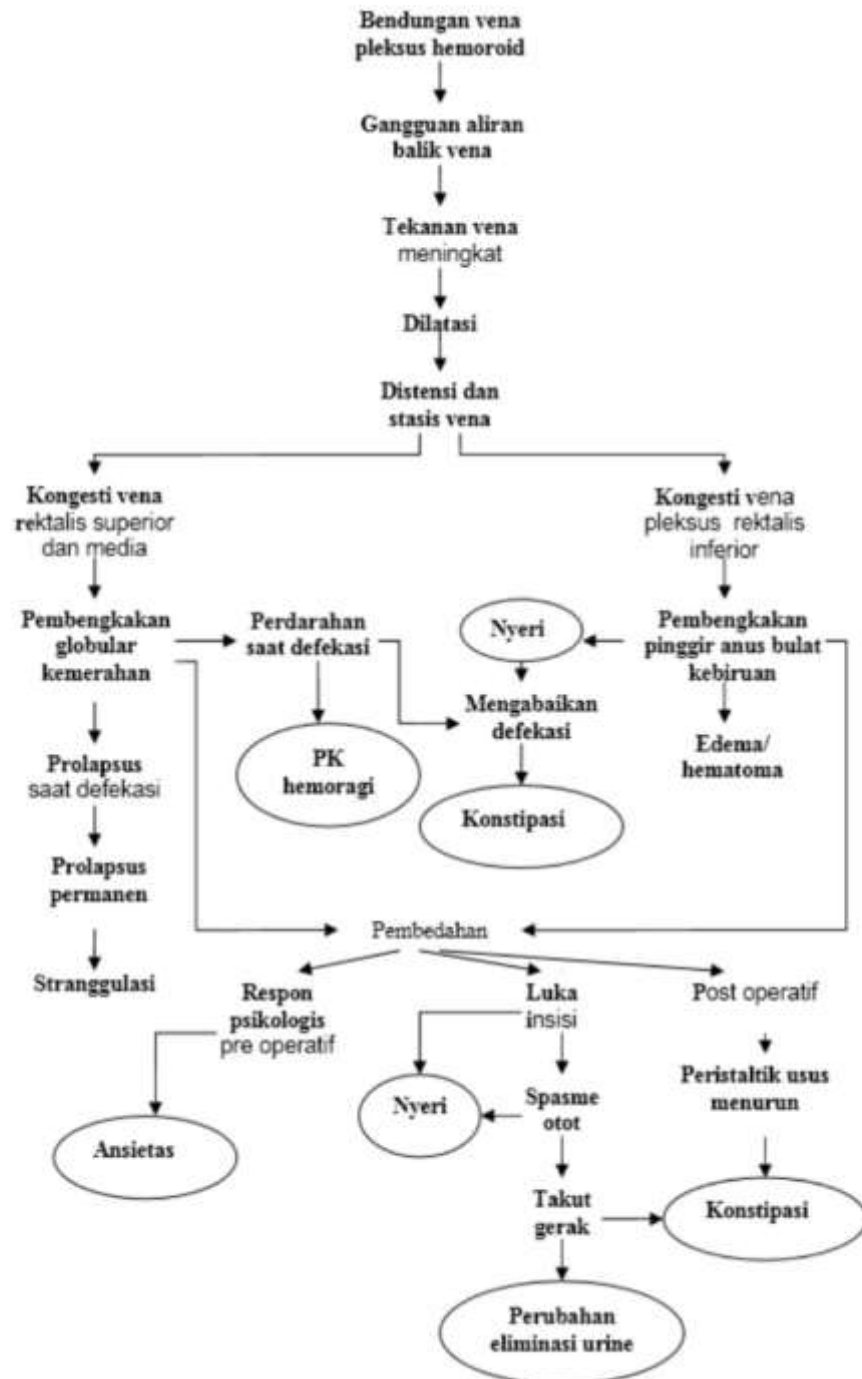
Gambar 2.1
Berdasarkan yang memperlihatkan hemoroid internal dan eksternal



(Sumber: Sudoyo Aru,dkk 2009)

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

2.1.3 Patofisiologi



(Sumber: Wibisono & Saditya jeo 2014)

2.1.4 Manifestasi Klini

Hemoroid menyebabkan tanda dan gejala:

1. Perdarahan - biasanya defekasi, warna merah segar, menetes, tidak bercampur feses, jumlah bervariasi.
2. Prolaps – bila hemoroid bertambah besar, pada mulanya hemoroid dapat tereduksi spontan, tetapi lama kelamaan tidak bisa dimasukkan.
3. Rasa tidak nyaman hingga nyeri – bila terenggang, terdapat thrombosis luas dengan edema, atau peradangan.
4. Feses yang di pakai dalam – karena hemoroid mencegah penutupan anus dengan sempurna.
5. Gatal – apabila proses pembersihan kulit perinal menjadi sulit atau apabila ada cairan keluar.
6. Bengkak – hanya pada hemoroid internal dan eksternal
7. Nekrosis pada hemoroid interna yang prolaps dan tidak dapat di reduksi kembali (Wibisono & Sadya jeo 2014)

2.1.5 Etiologi

Penyebab timbulnya Hemoroid dapat dipicu oleh pekerjaan, mengendang berlebihan, dan kebiasaan buang air besar yang sulit. (Wibisono & Sadya jeo 2014)

Hemoroid timbul karna dilatasi, pembengkakan atau inflasi vena hemoroidalis yang disebabkan oleh factor- factor resiko / pencetus, seperti:

1. Mengendang pada buang air besar yang sulit

2. Pola buang air yang salah (lebih banyak menggunakan jamban duduk, terlalu lama duduk di jamban sambil membaca/ Merokok)
3. Peningkatan tekanan intra abdomen karena tumor.
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 makan berserat (sayur dan buah)
10. Kurang olahraga / imobilisasi (Sudoyo Aru,dkk 2009).

2.1.6 Klasifikasi

Berdasarkan letaknya, hemoroid dapat dibagi 2 menjadi Eksterna, dan Interna atau gabungan dari keduanya.

1. Hemoroid Eksterna

Hemoroid Eksterna diselubungkan oleh anoderm dan terletak di sebelah distal linea dentat. Hemoroid eksterna dapat membengkak dan menimbulkan rasa tidak nyaman bahkan nyeri apabila terjadi thrombosis.

2. Hemoroid interna

Hemoroid interna terletak di sebelah proksimal linea dentata dan diselubungi mukosa anorektal, biasanya tidak nyeri dan timbul

perdarahan merah terang atau prolaps saat defekasi. Rasa nyeri biasanya berkaitan dengan fisura, abses atau trombus hemoroid eksterna. Hemoroid interna diklasifikasikan sebagai berikut:

Derajat 1: gejala perdarahan merah segar pada saat defekasi tanpa adanya prolaps;

Derajat 2: prolaps anal cushion keluar dari dubur saat defekasi tetapi masih bisa masuk kembali secara spontan ;

Derajat 3: seperti derajat 2 namun tidak dapat masuk spontan, harus di dorong kembali;

Derajat 4: telah terjadi prolaps yang tidak bisa masuk kembali (Wibisono & Saditya jeo 2014).

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis hemoroid terdiri dari penatalaksanaan non farmakologis, farmakologis dan tindakan minimal invasif. Penatalaksanaan medis hemoroid ditunjukkan untuk hemoroid interna I s/d III atau semua derajat hemoroid yang ada kontraindikasinya operasi atau pasien menolak operasi. Sedangkan penatalaksanaan bedah ditunjukkan untuk hemoroid interna derajat IV dan eksterna. Atau semua derajat hemoroid yang tidak merespon terhadap pengobatan medis (Simadibrata, 2014)

1) Farmakologis

- a) Untuk melunakkan feces/psilium yang dapat mengurangi sembelit diberikan obat golongan laksansia.

- b) Untuk mengurangi/menghilangkan rasa sakit pada daerah anus digunakan analgetik atau golongan supositoria untuk hemoroid interna.
 - c) Untuk menghentikan perdarahan diberikan anti koagulan.
- 2) Non Farmakologis
- a) Perbaiki pola hidup dengan menyarankan perbanyak konsumsi makanan yang mengandung serat yang dapat melunakkan feces.
 - b) Mengurangi makanan yang terlalu pedas atau asam dan beralkohol.
 - c) Perbaiki pola buang air besar mengganti closet jongkok menjadi duduk
 - d) Menjaga kebersihan lokal daerah anal misalnya dengan merendam anus disarankan untuk tidak terlalu banyak duduk/tidur lelah banyak berjalan.
- 3) Tindakan minimal invasif.

Jika pengobatan farmakologi dan non farmokologi tidak berhasil, dilakukan tindakan :

- a) Skleroskopi hemoroid dengan menyuntikkan obat langsung pada benjolan/prolaps hemoroidnya.
- b) Ligasi hemoroid.
- c) Penyinaran sinar laser
- d) Disinari sinar infra merah

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hemoroid adalah :

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

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

b. Anoskopy.

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

c. Pemeriksaan Proktosigmoidoskopi

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

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

d. Sklerotripsi

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

e. Ligasi

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

f. Hemoroidektomi

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

g. Rontgen (colon inloop) atau Kolonoskopy

Laboratorium : Eritrosit, Leukosit, Hb.

2.2. Konsep Nyeri

2.2.1. Definisi Nyeri

Menurut Mouncastle nyeri adalah pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya ancaman atau kerusakan jaringan (Prasetyo, 2010). *International Association for the Study of Pain* mendefinisikan nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan.

Dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman sensori yang tidak menyenangkan dan adanya ancaman atau kerusakan jaringan, kerusakan jaringan ini bisa berupa kerusakan jaringan aktual maupun kerusakan jaringan potensial. Respon nyeri pada setiap individu berbeda karena manusia itu unik sehingga untuk merespon nyeri pasti berbeda tergantung dari jenis, skala dan lokasi nyerinya (Prasetyo, 2010).

2.2.2. Fisiologi Nyeri

Fisiologi nyeri terdiri dari beberapa bagian yaitu :

1. Stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsangan nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah nosiseptor, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon terhadap stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri diantara yaitu berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

2. Reseptor nyeri

Reseptor merupakan sel-sel khusus yang mendeteksi perubahan-perubahan particular disekitarnya, kaitannya dengan proses terjadinya nyeri maka reseptor-reseptor inilah yang menangkap stimulus-stimulus nyeri. Reseptor ini dapat terbagi menjadi :

- a) Exteroreseptor, berpengaruh terhadap perubahan pada lingkungan eksternal, antara lain yaitu : untuk merasakan stimulus taktil (sentuh/rabaan), untuk merasakan rangsangan dingin dan panas.
- b) Telerseptor, merupakan reseptor yang sensitif terhadap stimulus yang jauh.
- c) Propioseptor, merupakan reseptor yang menerima impuls primer dari organ, spindle dan tendon golgi.
- d) Introreseptor, merupakan reseptor yang sensitif terhadap perubahan organ-organ visceral dan pembuluh darah (Prasetyo, 2010).

2.2.3. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan buku Konsep dan proses keperawatan nyeri, Prasetyo, 2010 klasifikasi nyeri antara lain :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang

tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, bedah dan inflamasi (Prasetyo, 2010).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronis biasanya terjadi pada penyakit kanker dan luka bakar. Jika penyebab nyeri tidak diatasi atau dikontrol maka bisa menyebabkan kematian. Sehingga dibutuhkan penanganan nyeri sesuai dengan jenis nyeri yang dialami. Tanda dan gejala yang tampak pada nyeri kronis sangat berbeda dengan yang diperlihatkan oleh nyeri akut. Tanda-tanda vital seringkali dalam batas normal dan timbulnya keputus asaan klien terhadap penyakitnya. (Prasetyo, 2010).

2.2.4. Penatalaksanaan Nyeri

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

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

1) Anestesi lokal

2) Opioid

3) *Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)*

b. Tindakan nonfarmakologi, terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu:

1) Membangun hubungan terapeutik perawat dan klien

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

2) Bimbingan Antisipasi

Menghilangkan kecemasan klien sangatlah penting, terlebih apabila dengan timbulnya kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri. Bimbingan antisipasi hendaknya memberikan informasi yang jujur pada klien, serta memberikan instruksi tentang teknik menurunkan dan menghilangkan nyeri. Sehingga klien dapat mengatasi nyeri secara mandiri jika sewaktu-waktu nyeri datang.

3)Imajinasi terbimbing

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

4) Distraksi

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

(a)Distraksi visual, contohnya : menonton TV dan melihat pemandangan.

- (b) Distraksi auditory, contohnya : Mendengarkan suara/musik yang disukai.

5) Teknik relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi ada 2 yaitu :

(a) Teknik relaksasi nafas dalam

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

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

(b) Teknik relaksasi oto

Menganjurkan klien untuk mengepalkan tangan dan mintalah klien merasakan, biarkan ketegangan beberapa detik. Mintalah klien untuk melepaskan kepalan dan rileks (Prasetyo, 2010).

2.2 Pengukuran derajat nyeri

Menurut Tantri (2009) beberapa skala dapat digunakan untuk mengukur derajat nyeri ataupun derajat perbaikan nyeri setelah intervensi. Skala pengukuran nyeri dapat digunakan untuk membandingkan efikasi beberapa terapi nyeri, pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut :

2.2.1 Skala deskripsi verbal (SDV)

Skala deskripsi verbal adalah skala yang paling sering digunakan (dengan menggunakan kategori : tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat).

2.2.1 Numerical Rating Scale (NRS)

NRS terdiri atas dua bentuk, verbal dan tertulis. Pasien mengukur intensitas nyeri yang dirasakannya dalam skala 0-10 dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri terburuk.

Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 nyeri sedang: secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : nyeri berat: secara obyektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2.2.2 Skala analog visual (SAV)

SAV adalah skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, dengan kata “tidak nyeri” di ujung kiri dan “sangat nyeri” di ujung kanan.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Hemoroid

2.4.1 Pengkajian

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

Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

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

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

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

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

P = Paliatif/propokatif

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

Q = Quality/quantity

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

R = Region/radiasi

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

S =Severity/scale

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

Table 2.1
Skala Penilaian Nyeri

No	Skala	Kriteria
1	0	Tidak nyeri
2	1-3	Nyeri tanpa gangguan istirahat
3	4-6	Nyeri dengan tidak nyaman
4	7-9	Nyeri dirasakan saat perubahan posisi
5	10	Nyeri tidak tertahankan

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

T = Timing

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

c) Riwayat Kesehatan Lalu

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

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada tahap ini dikaji tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit Hemoroid.

3) Data Biologis

a) Pola Nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

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

c) Pola Istirahat / Tidur

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

d) Pola Personal Hygiene

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

e) Pola Aktivitas

Kaji kebiasaan aktivitas yang dilakukan selama di rumah sakit : mandiri / tergantung.

4) Pemeriksaan Fisik

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

a) Sistem Respirasi

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, bentuk

dada, pergerakan dada apakah simetris atau tidak, frekuensi dan irama nafas.

b) Sistem Kardiovaskuler

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

c) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan dikaji dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, turgor kulit kembali lagi. Adakah lesi pada daerah abdomen, Pada auskultasi bising usus pada akan menurun lebih dari 6-7 kali/menit, pada perkusi abdomen akan terdengar bunyi dullnes.

d) Sistem Perkemihan

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

e) Sistem Neurologis

Secara umum pada kasus hemoroid tidak mengalami gangguan, namun gangguan terjadi karna adanya nyeri sehingga perlu dikaji tingkat skala (0-10) serta perlu dikaji tingkat GCS

dan pemeriksaan fungsi syaraf cranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi.

f) Sistem integumen

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

g) Sistem endokrin

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

h) Sistem Musculoskeletal

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

i) Sistem Penglihatan

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

5) Data Psikologis

Data yang perlu dikaji adalah :

a) Body Image

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

b) Ideal Diri

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

c) Identitas Diri

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

d) Peran Diri

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

6) Data Sosial dan Budaya

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

7) Data Spiritual

Menyangkut agama serta aktifitas spiritual, dan juga menyangkut keyakinan, penolakan, atau penerimaan terhadap tindakan medis. Misalnya Agama dan kepercayaan tertentu yang

melarang dengan keras penganutnya untuk melakukan tindakan operasi.

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Darah rutin meliputi Hemoglobin, Hematokrit, Leukosit dan Trombosit.

b) Pemeriksaan urine meliputi ureum, kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.

9) Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Rohmah & Walid, 2009).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

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

Berikut ini adalah beberapa diagnosa keperawatan hemoroid menurut (Sudoyo Aru, dkk 2009) yaitu :

- 1) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia.
- 2) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- 3) Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan adanya pendarahan pada aktif pada rectal/anus
- 4) Resiko infeksi berhubungan adanya *port de entr'ee* luka pascaoperatif.
- 5) Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi
- 6) Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu.

2.4.3 Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah&Walid, 2009).

Berikut ini adalah beberapa diagnosa keperawatan hemoroid menurut (Sudoyo, dkk 2009) yaitu :

- 1) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia.
 - a) Tujuan : klien mampu melakukan aktifitas sehari secara mandiri
 - b) Kriteria Hasil :

(1) Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan

(2) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

Table 2.2
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Evaluasi respon klien terhadap aktifitas	1. Menetapkan kemampuan/kebutuhan klien dan memudahkan pilihan intervensi
2. Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung	2. Menurunkan stress dan ransangan yang berlebih, meningkatkan istirahat
3. Jelaskan pentingnya istirahat dalam rencana pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.	3. Tirah baring diperlukan untuk menghemat energi untuk penyembuhan
4. Bantu klien memilih posisi nyaman untuk istirahat/tidur	4. Posisi fowler akan membuat klien merasa nyaman
5. Bantu aktifitas perawatan diri yang di perlukan	5. Meminimalkan pengeluaran energi selama penyembuhan.

2) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.

a) Tujuan : Nyeri berkurang/hilang

b) Kriteria Hasil

(1) Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang

(2) Skala nyeri 0 (0-10)

(3) Dapat mengidentifikasi aktifitas yang meningkatkan dan menurunkan nyeri

(4) Klien tidak gelisah atau tampak tenang

Table 2.3
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji respon nyeri dengan pendekatan PQRST	1. Pendekatan komprehensif untuk menentukan secara intervensi
2. Istirahatkan klien pada saat nyeri muncul	2. Istirahat secara fisiologis akan menurunkan kebutuhan O ₂ yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
3. Atur posisi semifowler	3. Posisi ini mengurangi tegangan pada insisi, yang membantu mengurangi nyeri
4. Beri oksigen nasal	4. Pada fase nyeri hebat skala nyeri 3 (0-10) pemberian O ₂ nasal 3/menit dapat meningkatkan intake O ₂ sehingga akan menurunkan nyeri sekunder
5. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	5. Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulasi internal
6. Manajemen lingkungan tenang batasi pengunjung dan istirahatkan klien	6. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan batasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O ₂ diruangan
7. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgetik	7. Analgetik membelok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang

3) Resiko syok hipovolemik berhubungan dengan adanya pendarahan pada aktif pada rectal/anus

a) Tujuan : Mempertahankan/menunjukkan perubahan keseimbangan cairan, dibuktikan oleh pengeluaran urine adekuat.

b) Kriteria Hasil :

(1) Tanda-tanda vital tetap stabil

(2) Turgor kulit baik

Table 2.4
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Awasi tanda vital, pengisian kapiler, status membran mukosa, turgor kulit	1. Indikator keadekuatan volume sirkulasi. Hipotensi ortostatik dapat terjadi dengan resiko jatuh/cedera segera setelah perubahan posisi
2. Awasi jumlah dan tipe masukan cairan, ukur pengeluaran urine dengan akurat	2. Klien tidak mengkonsumsi cairan sama sekali mengakibatkan dehidrasi atau mengganti cairan untuk masukan kalori yang berdampak pada keseimbangan elektrolit
3. Identifikasi rencana untuk meningkatkan/mempertahankan keseimbangan cairan optimal mis., jadwal masukan cairan	3. Melibatkan klien dalam rencana untuk memperbaiki ketidak seimbangan memperbaiki kesempatan untuk berhasil
4. Kaji hasil tes fungsi elektrolit/ginjal	4. Perpindahan cairan/elektrolit, penurunan fungsi ginjal dapat meluas mempengaruhi penyembuhan klien/prognosis dan memerlukan intervensi tambahan
5. Tambahan kalium, oral atau IV sesuai indikasi	5. Dapat diperlukan untuk mencegah disritmia jantung

4)Resiko infeksi berhubungan adanya *port de entree* luka pascaoperatif

a) Tujuan : Tidak terjadi infeksi, terjadi perbaikan pada integritas

kulityang rusak.

b) Kriteria Hasil :

(1) Resiko infeksi dapat segera teratasi.

(2) Diharapkan tidak terjadi infeksi.

Table 2.5
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Observasi tanda-tanda vital	1. Peningkatan TTV merupakan indicator dini proses infeksi
2. Berikan rendaman duduk stiap kali setelah BAB selama 1-2 minggu	2. Mematikan kuman penyebab infeksi
3. Buat kondisi verban dalam keadaan bersih dan kering	3. Kondisi bersih dan kering akan menghindari kontaminasi, keadaan basah akan memperlama proses penyembuhan
4. Lakukan perawatan luka steril pada hari kedua pasca operasi dan di ulang setiap dua hari	4. Perawatan luka sebaiknya tidak setiap hari untuk menurunkan kontak tindakan dengan luka yang dalam kondisi stril sehingga mencegah kontaminasi kuman ke luka bedah
5. Bersihkan luka dengan cairan antiseptic jenis iodine providum dengan cara swabbing dari arah dalam keluar	5. Pembersihan debris (sisa fagositosis, jaringan mati) dan kuman sekitar luka dengan mengoptimalkan, kelebihan dari iodine providum sebagai antiseptic dengan arah dari dalam keluar karena dapat mencegah kontaminasi kuman ke jaringan luka
6. Tutup luka dengan kasa steril kemudian plester	6. Penutupan secara menyeluruh dapat menghindari kontaminasi dari benda / udara yang bersentuhan dengan luka
7. Kolaborasi pemberian antibiotic	Dengan luka bedah 7. Antibiotik injeksi diberikan selama satu hari pasca bedah yang kemudian dilanjutkan antibiotic oral sampai jahitan dilepas. Peran perawat mengkaji adanya reaksi dan riwayat alergi antibiotik, serta memberikan antibiotic sesuai instruksi dokter

5) Konstipasi berhubungan dengan mengabaikan dorongan untuk defekasi akibat nyeri selama eliminasi

a. Tujuan: pola eliminasi klien tidak terganggu

b. Kriteria Hasil :

(1) Mempertahan bentuk feses

(2) Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi

(3) Feses lunak dan berbentuk

Table 2.6
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Auskultasi bising usus, perhatikan konsistensi/frekuensi defikasi, adanya distensi abdomen	1. Penurunan bising usus, pasase feses bentuk keras/kering diduga konstipasi dan memerlukan intervensi lanjut untuk mengatasinya
2. Kaji ulang program obat saat ini	2. Efek samping beberapa obat (contoh, produk besi beberapa antasida) dapat menimbulkan masalah
3. Yakinkan pola diet biasanya/pilihan makanan	3. Meskipun pembatasan mungkin ada, pertimbangan pilihan menu dapat membantu dalam mengontrol masalah
4. Tambahkan buah segar, sayur, dan diet serat (dalam pembatasan) bila di indikasikan	4. Memberikan bulk, yang memperbaiki konsistensi feses
5. Dorong/bantu dalam ambulasi bila mampu	5. Aktifitas, dapat merangsang peristaltik, meningkatkan kembalinya aktifitas usus normal
6. Berikan privasi saat diatas pispot/kamar mandi	6. Meningkatkan kenyamanan psikologis yang dibutuhkan untuk eliminasi
7. Kolaborasi pemberian pelunak feses (contoh, Colace), laksatif pembentuk bulk (contoh, Metamucil) sesuai indikasi	7. Menghasilkan pelunak/feses lebih mudah dikeluarkan

6) Ansietas berhubungan dengan rencana pembedahan dan rasa malu.

a. Tujuan : ansietas dapat diatasi dan klien merasa tenang

b. Kriteria Hasil

(1) Tampak rileks dan melaporkan ansietas pada tingkat dapat tertasi

(2) Menyatakan perasaan ansietas dan cara sehat menerimanya

Table 2.7
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Catat petunjuk perilaku mis, gelisah, peka ransangan, menolak, kurang kontak mata, perilaku menarik perhatian	1. Indikator derajat ansietas/ mis, klien dapat merasa tidak terkontrol dirumahm kerja/masalah pribadi. Setres dapat terjadi sebagai akibat gejala kondisi fisik, juga reaksi lain
2. Dorong menyatakan prasaan, berikan umpan balik	2. Membuat hubungan teraupetik. Membantu klien dalam mengidentifikasi masalah yang menyebabkan sters
3. Berikan informasi yang akurat dan nyata tentang apa yang di lakukan, mis., tirah baring pembatasan masukan per oral, dan prosedur	3. Keterlibatan klien dalam perencanaan perawatan memberikan rasa konrtol dan membantu menurunkan ansietas
4. Berikan lingkungan tenang dan istirahat	4. Memindahkan klien dari stres luar meningkatkan relaksasi ; membantu menurnkan ansietas
5. Bantu klien belajar mekanisme koping baru, mis., teknik mengatasi stress, keterampilan organisasi	5. Belajar cara baru untuk mengatasi masalah dapat membantu dalam menurunkan stress dan ansietas, meningkatkan kontrol penyakit
6. Kolaborasi untuk pemberian obat sesuai indikasi : sedative, mis., barbiturate (Luminal); agen antiansietas mis., diazepam (Valium)	6. Dapat digunakan untuk menurunkan ansietas dan memudahkan istirahat

2.4.4 Pelaksanaan (Implementasi)

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan.Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data yang baru(Rohmah &Walid, 2009)

2.4.5 Evaluas

Menurut Rohmah &Walid (2009).Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kreteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Di catatan evaluasi harus menggunakan format :

S: Subjektif data

Perawat menuliskan keluhan klien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O: Objektif data

Yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah di lakukan tindakan keperawatan.

A : Analisa/aseesment

Merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi.

P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah di temukan sebelumnya.