

*INFORMED CONSENT*

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama (Inisial) : .....  
Umur :.....Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penelitian yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien Hemoroid dengan Tindakan Operasi Hemoroidektomi Di Rumah Sakit Bhayangkara TK III Polda Lampung Tahun 2022**”.

Saya menyatakan **bersedia** diikutsertakan dalam laporan tugas akhir dan saya percaya penelitian ini tidak akan merugikan dan membayangkan bagi kesehatan saya. Saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kerahasiaannya.

Peneliti Bandar Lampung, 2022  
Responden

**Abdi Setiadi**  
NIM. 2114901001

(.....)

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF**

**I. PENGKAJIAN**

**Identitas Klien**

Nama :	No. RM :
Umur :	Tgl. MRS :
Jenis Kelamin :	Diagnosa :
Suku/Bangsa :	Agama :
Pekerjaan :	Pendidikan :
Gol. Darah :	Alamat :

**A. Riwayat Praoperatif**

1. Pasien mulai dirawat tgl : pkl : ..... Ruang : .....
  2. Ringkasan hasil anamnese preoperatif.....
  3. Hasil pemeriksaan fisik
    - a. Tanda- tanda vital, Tgl : .....Jam :.....  
 Kesadaran : ..... GCS : ..... Orientasi : .....  
 Suhu : ..... Tensi : .....Nadi : .....RR : .....
    - b. Pemeriksaan Fisik  
 Kepala & Leher : .....  
 Thorax (jantung & paru) :.....  
 Abdomen : .....  
 Ekstremitas (atas dan bawah) : .....  
 Genetalia & Rectun : .....  
 Pemeriksaan lain (spesifik) : .....
- Pemeriksaan Penunjang :
- a. ECG Tgl: .....Jam :.....  
 Hasil :.....
  - b. X- Ray Tgl :..... Jam : .....  
 Hasil :.....
  - c. Hasil laboratorium, Tgl :..... Jam : .....  
 Hasil :.....
  - d. Pemeriksaan lain:  
 Hasil:.....

**4. Prosedur khusus sebelum pembedahan**

No	Prosedur	Ya	Tdk	Waktu	Ket
1	Tindakan persiapan psikologis pasien				
2	Lembar informed consent				
3	Puasa				
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)				
5	Pembersihan saluran pencernaan (lavement / Obat pencahar)				
6	Pengosongan kandung kemih				
7	Transfusi darah				
8	Terapi cairan infus				

9	Penyimpanan perhiasan, asesoris, kacamata, anggota tubuh palsu				
10	Memakai baju khusus operasi				

5. Pemberian obat-obatan :

a. Obat Premedikasi (diberikan sebelum hari pembedahan)

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute

b. Obat pra-pembedahan (diberikan 1 – 2 jam sebelum pembedahan)

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute

6. Pasien dikirim ke ruang operasi:

Tgl: ..... Jam : ..... Sadar Tidak sadar

Ket:.....

**B. INTRAOPERATIF**

1. Tanda- tanda vital, Tgl :.....Jam :.....

Suhu : °C Tekanan darah : mmHg, frekuensi Nadi :  
x/menit Frekuensi pernafasan : .....x/menit

2. Posisi pasien di meja operasi

- Dorsal recumbent  Trendelenburg  Litotomi  
 Lateral  Lain – lain : \_\_\_\_\_

3. Jenis operasi :  Mayor  Minor

Nama operasi : .....  
Area / bagian tubuh yang dibedah : .....

4. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :

Dokter anestesi : .....,asisten .....  
Dokter bedah : .....,asisten .....  
Perawat Instrumentator : .....  
Perawat Sirkuler : .....

SURGICAL PATIENT SAFETY CHEKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi : <input type="checkbox"/> Identitas pasien <input type="checkbox"/> Prosedur <input type="checkbox"/> Sisi operasi sudah benar <input type="checkbox"/> Persetujuan untuk operasi telah diberikan <input type="checkbox"/> Sisi yang akan dioperasi telah ditandai <input type="checkbox"/> Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi <input type="checkbox"/> Oksimeter pulse pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing.  <input type="checkbox"/> Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal.  Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan : <input type="checkbox"/> Operasi yang benar <input type="checkbox"/> Pada pasien yang benar.	Melakukan pengecekan : <input type="checkbox"/> Prosedur sdh dicatat <input type="checkbox"/> Kelengkapan spons <input type="checkbox"/> Penghitungan instrumen <input type="checkbox"/> Pemberian lab PI pada spesimen <input type="checkbox"/> Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. <input type="checkbox"/> Tim bedah membuat perencanaan post operasi s ebelum memindahkan pasien dari kamar operasi

<input type="checkbox"/> Ya, telah disiapkan peralatan Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	<input type="checkbox"/> Antibiotik <i>profilaksis</i> telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.	
--	---	--

5. Pemberian obat anestesi Lokal General

Tgl / jam	Nama Obat	Dosis	Rute

6. Tahap – tahap / kronologis pembedahan :

Waktu/tahap	Kegiatan

7. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

- Pemberian oksigen
- Pemberian suction
- Resusitasi jantung
- Pemasangan drain
- Pemasangan intubasi
- Transfusi darah

8. Pembedahan berlangsung selama ..... jam

9. Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada di ruang operasi).....

**C. POST OPERASI**

1. Pasien pindah ke :  
Pindah ke PACU/ICU/PICU/NICU, jam \_\_\_\_\_ Wi
2. Keluhan saat di RR/PACU : .....
3. Air Way : .....
4. Breathing : .....
5. Sirkulasi : .....
6. Observasi Recovery Room

**ALDRETE SCORING ( DEWASA )**

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	Warna Kulit - Kemerahan / normal - Pucat - Cianosis	2 1 0	
2.	Aktifitas Motorik - Gerak 4 anggotatubuh - Gerak 2 anggotatubuh - Tidak ada gerakan	2 1 0	

3.	Pernafasan - Nafas dalam, batuk dan tangis kuat - Nafas dangkal dan adekuat - Apnea atau nafas tidak adekuat	2 1 0	
4.	Tekanan Darah - $\pm$ 20 mmHg dari pre operasi - 20 – 50 mmHg dari pre operasi - + 50 mmHg dari pre operasi	2 1 0	
5.	Kesadaran - Sadar penuh mudah dipanggil - Bangun jika dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0	

#### KETERANGAN

- Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score minimal 8
- Pasien dipindah ke ICU, jika score < 8 setelah dirawat selama 2 jam

#### BROMAGE SCORE

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1	Dapat mengangkat tungkai bawah	0	
2	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	
3	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	
4	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	

#### KETERANGAN

- Pasien dapat di pindah ke bangsal, jika score kurang dari 2

#### STEWART SCORE UNTUK PASCA ANESTHESI ANAK

NO	TANDA	KRITERIA	SCORE	SCORE
1	KESADARAN	- Bangun	1	
		- Respon terhadap rangsang	2	
		- Tidak ada respon	3	
2	PERNAFASAN	- Batuk / menangis	1	
		- Pertahankan jalan nafas	2	
		- Perlu bantuan nafas	3	
3	MOTORIK	- Gerak bertujuan	1	
		- Gerak tanpa tujuan	2	
		- Tidak bergerak	3	

#### KETERANGAN

Score  $\geq$  5 boleh keluar dari RR

7. Keadaan Umum :  Baik  Sedang  Sakit berat
8. Tanda Vital Suhu .....°C , Frekuensi nadi.....x/mnt,  
Frekuensi napas .....x/mnt, Tekanan darah .....mmHg, SpO2 : .....%
9. Kesadaran :  CM  Apatis  Somnolen  Soporos  Coma

#### 10. Balance cairan

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral		<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> IWL	
	Jumlah		Jumlah	

**Pengobatan .....**  
**Catatan penting lain.....**

11. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala			
Leher			
Dada			
Abdomen			
Genitalia			
Integumen			
Ekstremitas			

### I. ANALISA DATA

Data Subyektif & Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre Operasi		
Intra Operasi		
Post Operasi (di RR/PACU)		

### II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre operasi		
Intra Operasi		
Post Operasi		

### III. INTERVENSI, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
Pre operasi				
Intra Operasi				
Post Operasi				

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
KOMPRES DINGIN**

1. Pengertian	Kompres dingin adalah sebuah terapi dingin yang sederhana dan murah dan penting dalam penatalaksanaan manajemen nyeri non farmakologi.
2. Tujuan	bertujuan menurunkan aliran darah ke lokasi cedera, menghambat adanya edema dan mengurangi peradangan. Kompres dingin juga bertujuan untuk menghilangkan nyeri, mengurangi nyeri local
3. Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menurunkan spasme otot, untuk merelaksasikan otot dan menurunkan kontraktilitasnya.</li> <li>b. Inflamasi,</li> <li>c. Nyeri,</li> <li>d. cedera traumatik,</li> </ul>
4. Kontra Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien alergi dingin</li> <li>b. Pada luka terbuka</li> <li>c. Urtikaria</li> <li>d. Hipersensitif pada dingin</li> </ul>
5. Persiapan alat	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trolley</li> <li>b. Bengkok</li> <li>c. Kantong es (<i>ice bag</i>)</li> <li>d. Perlak kecil dan alasnya</li> <li>e. Lap kering</li> </ul>
6. Tahap kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Letakan alat-alat didekat pasien</li> <li>b. Cuci tangan 6 langkah</li> <li>c. Pakai handscoon</li> <li>d. Pasang perlak pengalas mengisi kantong es sebanyak 1/3-1/2 bagian</li> <li>e. Mengeluarkan udara kemudian tutup kantong es</li> <li>f. Memeriksa dengan teliti apakah kantong es bocor atau tidak</li> <li>g. Menempatkan kantong es pada bagian yang akan dikompres waktu 10-20 menit</li> <li>h. Mengobservasi reaksi yang timbul pada pada pasien</li> <li>i. Angkat kantong es jika sudah selesai</li> <li>j. Mengelap area kompres</li> <li>k. Merapihkan alat dan mengembalian pada posisi semula</li> <li>l. Lepas handscoon dan cuci tangan</li> </ul>
7. dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. catat kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. catat respon pasien terhadap Tindakan</li> <li>c. catat nama dan paraf perawat</li> </ul>

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
TEKNIK NAFAS DALAM**

1. Pengertian	nafas dalam adalah bernapas (inhalasi dan ekshalasi) untuk mengambil oksigen maksimal.
2. Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Meningkatkan kapasitas paru</li> <li>b. Mencegah atelectasis</li> <li>c. Merelaksasikan badan</li> </ul>
3. Persiapan alat	Bantal
4. Tahap kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan alat</li> <li>b. Mencuci tangan</li> <li>c. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan</li> <li>d. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya</li> <li>e. Mengatur posisi yang dirasa enak oleh klien (semi fowler) dengan lutut ditekuk, punggung dan kepala diberi bantal atau posisi supine dengan kepala diberi bantal dan lutut ditekuk.</li> <li>f. Menganjurkan klien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen.</li> <li>g. Melatih pasien melakukan pernapasan perut (memerintahkan klien menarik napas dalam melalui hidung dengan mulut ditutup hingga 3 hitungan)</li> <li>h. Menganjurkan klien tetap rileks, jangan melengkungkan punggung dan konsentrasi pada pengembangan abdomen sejauh yang dapat dilakukan. Meminta klien menahan napas hingga 3 hitungan</li> <li>i. Memerintahkan klien untuk mengerutkan bibir seperti sedang bersiul dan mengeluarkan udara dengan pelan dan tenang hingga 3 hitungan.</li> <li>j. Menganjurkan klien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi otot.</li> <li>k. Merapikan klien</li> <li>l. Mencuci tangan</li> </ul>
5. dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. catat kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>e. catat respon pasien terhadap Tindakan</li> <li>f. catat nama dan paraf perawat</li> </ul>



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
MOBILISASI DINI**

1. Pengertian	Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan setelah beberapa jam pasca operasi
2. Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempercepat penyembuhan luka</li> <li>b. Mampu memenuhi kebutuhan personal pasien</li> <li>c. Mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli</li> <li>d. Mengurangi lama rawat di Rumah sakit</li> </ul>
3. Persiapan alat	Handscoon
4. Tahap kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyiapkan alat</li> <li>b. Mencuci tangan</li> <li>c. Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan</li> <li>d. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya</li> <li>e. Pada 6 jam pertama               <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mengatur posisi senyaman mungkin</li> <li>2) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit</li> <li>3) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit</li> <li>4) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas</li> <li>5) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali.</li> <li>6) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakkan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki</li> </ul> </li> <li>f. Pada 8-10 jam berikutnya               <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Latihan miring kanan dan kiri</li> <li>2) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lai</li> </ul> </li> <li>g. Pada 10-12 jam</li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Posisikan semi fowler 30-400 secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan</li> <li>2) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk</li> </ol> <p>h. Pada 24 jam</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan.</li> <li>2) Pasien duduk dan menurunkan kaki kearah lantai</li> <li>3) Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidu</li> </ol>
5. dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catat kegiatan yang sudah dilakukan</li> <li>b. Catat respon pasien terhadap Tindakan</li> <li>c. Catat nama dan paraf perawat</li> </ol>