

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit yang umum dialami oleh masyarakat salah satunya dikenal dengan sebutan wasir atau hemoroid. Penyakit sering dianggap tidak berbahaya jika menyerang tubuh (Mardiyanti et al., 2020). Namun penyakit wasir atau hemoroid ini dapat berpengaruh pada kualitas dan produktivitas hidup masyarakat Indonesia (Kemenkes RI, 2019).

Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2018 menyatakan bahwa jumlah penderita Hemorroid di dunia diperkirakan 230 juta orang. Di Amerika Serikat diperkirakan 10 juta jiwa mengalami Hemorroid, prevelensi tersebut sekitar 4,4% dilakukan pengobatan sedangkan yang dilakukan hemorroidektomi berjumlah 1,5% (WHO, 2018). Prevalensi hemorroid di Indonesia menurut data Depkes tahun 2018 adalah 5,7 persen, namun hanya 1,5 persen saja yang terdiagnosa. Jika data Riskesdas (riset kesehatan dasar) 2013 menyebutkan ada 12,5 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami hemorroid, maka secara epidemiologi diperkirakan pada tahun 2030 prevalensi hemorroid di Indonesia mencapai 21,3 juta orang (Astana & Nisa, 2018).

Hemoroid meskipun kecil pada grade awal, namun dapat semakin berkembang jika tidak ditangani dengan baik. Banyak sekali faktor yang dapat memperparah hemoroid seperti diet kurang serat, konstipasi, dan lain-lain. Peningkatan tekanan abdomen secara terus-menerus seperti mengejan menjadikan meningkatnya tekanan dari dalam dan benjolan hemoroid semakin membesar dan ketika hemoroid sudah parah hingga mencapai derajat 3 dan 4 sampai menimbulkan perdarahan yang hebat serta nyeri maka dilakukan tindakan pembedahan (Pradiantini & Dinata, 2021). Maka dari itu diperlukan pelaksanaan lebih lanjutan dan akan berakhir dengan tindakan operasi atau pembedahan.

Penatalaksanaan bedah hemoroid dengan *hemorroidektomi* dilakukan menggunakan cara eksisi mengangkat jaringan yang mengalami varises (pelebaran) yang terjadi di daerah kanalis analis (Rohmani et al., 2018).

Penatalaksanaan hemoroid terdiri dari penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan bedah. Penatalaksanaan medis ditujukan untuk Hemoroid interna derajat I sampai III atau semua derajat hemoroid yang ada kontraindikasi operasi atau klien menolak operasi. Penatalaksanaan bedah (tindakan operatif) ditujukan untuk Hemoroid interna derajat IV dan eksterna atau semua derajat hemoroid yang tidak berespon terhadap pengobatan medis (Sagitha, 2020).

Dari hasil penelitian yang dilakukan (Hidayat et al., 2019) di RS TK. II Dr. AK. Gani Palembang juga ditemukan bahwa 95 % diyakini bahwa rata-rata pasien yang telah menjalani operasi *hemorroidektomi* mengeluhkan nyeri pada luka post op. Nyeri post hemorroidektomi termasuk kedalam nyeri superfisial dimana nyeri ini terletak di area kulit anus. Nyeri yang muncul setelah operasi akan menimbulkan ketidaknyamanan bagi pasien, selain menimbulkan ketidaknyamanan nyeri jika dibiarkan maka akan menimbulkan pasien mengurangi aktivitas fisiknya. Nyeri yang tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan lambatnya proses penyembuhan serta keterbatasan lingkup gerak sehingga mempersulit pasien memenuhi aktivitas sehari-hari.

Penelitian yang dilakukan oleh Fartkan, et al. (2018) mengatakan bahwa waktu pemulihan pasien post operasi membutuhkan rata-rata 72,25 menit, sehingga pasien akan mengalami nyeri yang hebat pada 2 jam pertama setelah operasi akut akibat pengaruh anestesi yang hilang (Fatkan, et al., 2018)

Intensitas nyeri dapat ditangani secara farmakologis atau menggunakan obat-obatan dan dapat pula dengan terapi non-farmakologis atau tanpa menggunakan obat-obatan dengan menggunakan teknik tertentu yang kemudian akan mengurangi intensitas nyeri itu sendiri dan ketidaknyamanan pasien dengan efek samping seminimal mungkin. Salah satu intervensi yang efek sampingnya minimal atau tidak memiliki efek samping dengan penatalaksanaan non farmakologi .

Tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri meliputi aromaterapi, stimulasi dan massage, terapi es atau hangat, transcutaneous electric nerve stimulation (TENS), distraksi, teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, hypnosis, serta *slow deep breathing* (Perry & Potter, 2017). Penulis memilih untuk menggunakan *slow deep breathing* sebagai salah satu terapi relaksasi pendukung karena terapi ini menggunakan metode efektif mengurangi rasa nyeri terutama pada klien yang mengalami nyeri akut maupun kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah stimulasi nyeri. Latihan *slow deep breathing* berdampak pada vasodilatasi pembuluh darah otak yang memungkinkan suplai oksigen otak lebih adekuat (Siska, 2022). Latihan nafas dalam dan lambat secara teratur akan meningkatkan respon saraf parasimpastis dan penurunan aktivitas safar simpatik, meningkatkan fungsi pernafasan dan kardiovaskuler, mengurangi efek stress, dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental (Anderson, 2017)

Slow deep breathing excercise salah satu bagian dari latihan relaksasi dengan teknik latihan pernapasan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat. Terapi relaksasi banyak digunakan dalam kehidupan sehari-hari untuk dapat mengatasi berbagai masalah, misalnya stress, ketegangan otot, nyeri, hipertensi, gangguan pernapasan, dan lain-lain (Atika et al., n.d. 2021)

Menurut penelitian (Rustini & Tridiyawati, 2022) didapatkan dari 27 responden setelah dilakukan teknik relaksasi *Slow deep breathing* sebagian besar responden mengalami penurunan intensitas nyeri yaitu nyeri ringan atau tingkat nyeri pada skala 4-6 yaitu 11 responden (40,7%). jumlah yang sama dengan intensitas nyeri ringan dengan jumlah responden 11 (40,7%). Intervensi ini efektif terhadap penurunan skala nyeri.

Penelitian dilakukan oleh (Tamrin et al., 2019) dengan judul “Pengaruh *Slow deep breathing Excercise* terhadap Nyeri pada Pasien *Post Op Apendisitis* di RSUD Sleman”. Dalam penelitian tersebut didapatkan nilai nyeri sebelum dilakukan intervensi terdiri dari nyeri sedang dengan rentang 6-7 yaitu 16,7 % dan nyeri berat dengan rentang 8-10 yaitu 83,3 % dan pada

post intervensi terjadi penurunan penurunan nyeri dengan skala tidak nyeri 16,7%, nyeri ringan 76,7% dan nyeri sedang 6,7%.

Berdasarkan buku register di ruang bedah RSUD Dr. Abdul Moloek Bandar Lampung didapatkan jumlah pasien hemoroid dengan operasi *hemoroidektomi* dari bulan Januari 2023 sampai dengan Juni 2023 sebanyak 19 orang. Hasil studi pendahuluan serta wawancara yang dilakukan di ruang Bedah RS Abdul Moeloek Bandar Lampung pada tanggal 23 Juni 2023 masalah keperawatan post operasi yang banyak dialami pasien di ruang rawat inap bedah yaitu nyeri. Selain itu hasil wawancara dengan 5 orang pasien post operasi yang sedang dirawat inap di ruang bedah didapatkan masalah utama yang dirasakan setelah dilakukan operasi yaitu nyeri akut akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (*post op*). Penatalaksanaan nyeri non farmakologi pasien post hemoroidektomi di RSUD Abdul Moelek menggunakan tarik nafas dalam, dari hasil wawancara tersebut didapatkan manfaat yang dirasakan pasien adalah tubuh menjadi rileks dan nyeri yang dirasakan dapat berkurang. Berdasarkan fenomena dan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan aplikasi *slow deep breathing* pada post operasi *hemoroidektomi* di ruang bedah Rumah Sakit Umum Abdul Moloek Bandar Lampung Tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan rumusan masalah yaitu “Bagaimana asuhan keperawatan nyeri akut dengan penerapan *slow deep breathing* pada pasien post op hemoroidektomy di ruang bedah RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan tentang bagaimana pelaksanaan “asuhan keperawatan nyeri akut dengan penerapan *slow deep breathing* pada pasien post op hemoroidektomy di ruang bedah RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023”.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran pengkajian keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *hemoroidektomy* di Rumah Sakit Umum Abdul Moloek tahun 2023.
- b. Diketuainya gambaran diagnosis keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *hemoroidektomy* di Rumah Sakit Umum Abdul Moloek tahun 2023.
- c. Diketuainya gambaran intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *hemoroidektomy* di Rumah Sakit Umum Abdul Moloek tahun 2023.
- d. Diketuainya gambaran implementasi keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *hemoroidektomy* di Rumah Sakit Umum Abdul Moloek tahun 2023.
- e. Diketuainya gambaran evaluasi keperawatan pada pasien yang mengalami post operasi *hemoroidektomy* di Rumah Sakit Umum Abdul Moloek tahun 2023.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai informasi, bahan bacaan, bahan rujukan, dan menjadi bahan untuk inspirasi yang bertujuan untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan yang kompherensif.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Dengan laporan tugas akhir ini di harapkan penulis bias mendapatkan pengalaman dalam merawat pasien dengan post operasi *hemoroidektomy* dengan nyeri akut intervensi *Slow deep breathing Exercise*.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Asuhan Keperawatan ini nantinya dapat dijadikan bahan masukan bagi mahasiswa dalam proses pembelajaran mengenai asuhan

keperawatan dengan nyeri akut dengan penerapan *slow deep breathing* pada pasien post op *hemoroidektomy*.

c. Bagi Rumah Sakit

Untuk mengembangkan dan mengaplikasikan ilmu keperawatan ke dalam pemberi asuhan keperawatan dengan nyeri akut dengan penerapan *slow deep breathing* pada pasien post op *hemoroidektomy*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Hemoroidectomy*

1. Definisi *Hemoroidectomy*

Hemoroidectomi adalah pembedahan pada vena dari pleksus venosis hemoroidalis yang ditemukan pada anus yang mengalami pembesaran (Diyono, 2013)

2. Indikasi *Hemoroidektomy*

- a. Gejala kronik hemoroid derajat 3 atau 4
Derajat 3: sama dengan derajat II, hanya saja prolaps tidak dapat kembali secara spontan, harus didorong (manual).
Derajat 4: prolaps tidak dapat direduksi atau inkarserasi. Benjolan dapat terjepit di luar, dapat mengalami iritasi, inflamasi, oedem dan ulserasi.
- b. Perdarahan kronik yang tidak berhasil dengan terapi sederhana
- c. Hemoroid derajat 4 dengan nyeri akut dan thrombosis serta gangrene (Rumah Sakit PELNI, 2022). Trombosis adalah pengentalan darah pada hemoroid yang menyebabkan peradangan, edema, dan nyeri (Wibowo et al., 2018). Trombosis dapat terjadi karena tekanan tinggi di vena hemoroid misalnya ketika mengangkat barang berat, mengejan, atau partus. Vena lebar yang menonjol itu dapat terjepit sehingga terjadi trombosis. Hal ini dapat ditolong segera dengan *hemoroidektomy* (Yuliansyah, 2022).
- d. Prolaps: hemoroid yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya akan menonjol keluar menyebabkan prolaps. Pada tahap awalnya penonjolan ini hanya terjadi pada waktu defekasi dan disusul oleh reduksi spontan sesudah selesai defekasi. Pada stadium yang lebih lanjut hemoroid ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk ke dalam anus. Akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak dapat didorong masuk lagi. Peningkatan tekanan intra abdomen misalnya kegemukan,

konstipasi, kehamilan (Wibowo et al., 2018).

3. Prinsip Penatalaksanaan pada Proedur Hemoroidektomy

Buang air besar dengan perdarahan berupa darah segar dan tidak bercampur dengan feses, prolaps hemoroid disertai dengan anal discharge, pruritus ani dan dermatitis disekitar anus (proktitis). Dalam kaitan penegakan diagnosis dan pengobatan diperlukan pemeriksaan anuskopi atau rektoskopi.

Ada 2 prinsip dalam melakukan operasi hemoroid :

- a. Pengangkatan pleksus dan mukosa
- b. Pengangkatan pleksus tanpa mukosa

Teknik pengangkatan dapat dilakukan menurut 3 metode:

- a. Metode *Langen-beck* (eksisi atau jahitan primer radier) Dimana semua sayatan ditempat keluar varises harus sejajar dengan sumbu memanjang dari rectum.
- b. Metode *White head* (eksisi atau jahitan primer longitudinal) Sayatan dilakukan sirkuler, sedikit jauh dari varises yang menonjol
- c. Metode Morgan-Milligan semua primary piles diangkat
(Modul Bedah Digestif, 2022)

4. Prosedur Hemoroidektomi

- a. Tahap Pre Operasi
 - 1) Anamnesis
 - 2) Pemeriksaan fisik
 - 3) Pemeriksaan penunjang
 - 4) Informed consent
- b. Tahapan Inta Operasi
 - 1) Posisi pasien littotomi atau *knee-chest* (menungging)
 - 2) Anestesia dapat dilakukan dengan general, regional atau lokal anestesia
 - 3) Dilakukan praktoskopi untuk identifikasi hemorrhoid
 - 4) Dibuat insisi triangular mulai dari kulit anal ke arah prosimal hingga pedikel hemorrhoid

- 5) Jaringan hemorrhoid di eksisi dengan gunting atau pisau, pedikel hemorrhoid diligasi dengan chromic catgut 3-0
 - 6) Defek kulit dan mukosa dapat dirawat secara terbuka atau dijahit sebagian
 - 7) Tindakan diulang pada bagian yang lain
 - 8) lubang anus dibiarkan terbuka atau ditampon dengan spongostan
- c. Tahapan Post Operasi
- 1) Bila terjadi rasa nyeri yang hebat, bisa diberikan analgetika yang berat seperti petidin
 - 2) Obat pencabar ringan diberikan selama 2-3 hari pertama pasca operasi, untuk melunakkan faeses (Modul Bedah Digestif, 2022).

5. Jenis Anestesi pada *Hemoroidektomy*

1. Anestesi Lokal

Anestesi lokal (LA) cukup untuk sebagian besar prosedur bedah anus. LA menghasilkan blokade sensorik dan motorik di daerah perianal dengan efek pada ujung saraf perifer dan karenanya menghasilkan tingkat relaksasi saluran anus yang bervariasi dan tidak dapat diprediksi. Hemoroidektomi terbuka dengan anestesi lokal telah terbukti memiliki tingkat komplikasi yang lebih rendah dan lebih hemat biaya dengan menghemat anestesi untuk operasi lain, juga ditemukan meningkatkan pergantian pasien karena waktu operasi yang lebih singkat. Pasien juga menunjukkan bahwa hemoroidektomi dengan enestesi dikaitkan dengan penurunan yang signifikan dalam intensitas nyeri pasca operasi dan lama rawat inap dibandingkan dengan anestesi regional atau general (Lohsiriwat & Jitmongngan, 2022)

2. Anestesi Regional

Anestesi regional terdiri dari infiltrasi saraf perifer dengan agen anestesi dan memblokir transmisi untuk menghindari atau menghilangkan rasa sakit. Ini berbeda dari anestesi umum karena tidak mempengaruhi tingkat kesadaran pasien untuk menghilangkan rasa sakit. Ada beberapa keuntungan dibandingkan anestesi umum,

seperti menghindari manipulasi saluran napas, pengurangan dosis, efek samping obat sistemik, waktu pemulihan lebih cepat, dan tingkat nyeri yang jauh lebih rendah setelah operasi.

Waktu pemulihan pascaprosedur terbukti berkurang dengan tingkat nyeri yang jauh lebih rendah setelah operasi dan partisipasi lebih awal dalam terapi fisik. Anestesi regional dapat digunakan bersamaan dengan anestesi umum, postprosedural, dan seringkali untuk banyak kondisi nyeri akut dan kronis (Folino & Mahboobi, 2023).

Pada anaestesi spinal perlu dicatat bahwa penambahan midazolam atau morfin bupicaine dalam anestesi spinal menghasilkan kontrol nyeri yang lebih baik dalam 12-24 jam pertama setelah hemoroidektomi (Lohsiriwat & Jitmongkarn, 2022).

3. Anestesi General

Anestesi umum adalah obat yang diberikan oleh ahli anestesi, dokter medis, melalui masker atau infus yang ditempatkan di pembuluh darah. Saat anestesi bekerja, Anda akan tidak sadarkan diri, dan banyak fungsi tubuh Anda akan melambat atau membutuhkan bantuan untuk bekerja secara efektif. Sebuah tabung dapat ditempatkan di tenggorokan Anda untuk membantu Anda bernapas. Selama operasi atau prosedur, ahli anestesi akan memantau detak jantung, tekanan darah, pernapasan, dan tanda-tanda vital lainnya untuk memastikan semuanya normal dan stabil saat Anda tetap tidak sadar dan bebas dari rasa sakit (American Society of Anesthesiologists, 2023)

B. Konsep Nyeri Post *Hemoroidectomy*

1. Pengertian

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Nyeri post

hemoroidektomi adalah perasaan tidak nyaman, akibat adanya luka insisi pada *plexus hemoroidialis* (Ediyanto, 2019).

Nyeri berfungsi sebagai mekanisme pendukung protektif, defensif, dan diagnostik, tetapi dalam kasus lain nyeri juga dapat memperburuk penderitaan pasien. Persepsi nyeri terjadi karena suatu mekanisme yang dimulai dengan transduksi, transmisi, modulasi, dan akhirnya terjadi persepsi nyeri. Ketika stimulus dirasakan sebagai rasa sakit, tubuh merespons dengan melepaskan hormon katabolik yang umumnya disebut sebagai respons stres. Kondisi ini dapat menyebabkan efek yang berbeda pada sistem organ yang berbeda, termasuk sistem kardiovaskular dan pernapasan.

2. Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri berdasarkan waktu

1) Nyeri akut

Nyeri akut didefinisikan sebagai berlangsung kurang dari 3 bulan dan merupakan respons neurofisiologis terhadap cedera berbahaya yang seharusnya sembuh dengan penyembuhan normal. Contohnya termasuk nyeri pasca operasi, patah tulang, radang usus buntu, menghancurkan cedera pada jari, nyeri persalinan dan persalinan (PAMI, 2017).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronis didefinisikan sebagai berlangsung lebih dari 3 bulan atau di luar perjalanan yang diharapkan dari penyakit akut atau setelahnya penyembuhan jaringan lengkap. Nyeri kronis melampaui waktu penyembuhan luka normal dengan perkembangan beberapa perubahan neurofisiologis pada saraf pusat sistem. Contohnya meliputi nyeri pinggang, nyeri leher, dan pankreatitis kronis (PAMI, 2017).

b. Jenis Nyeri Berdasarkan Etiologi

- 1) Nociceptiv, mekanisme hasil cedera jaringan langsung dari rangsangan berbahaya. Contoh klinis: Patah tulang, sayatan bedah baru, dan luka bakar baru.

- 2) Peradangan, mekanisme hasil pelepasan mediator inflamasi yang mengontrol masukan nosiseptif Contoh klinis: Tahap akhir penyembuhan luka bakar, neuritis, dan radang sendi.
- 3) Neuropatik, mekanisme hasil cedera langsung pada saraf yang menyebabkan perubahan dalam transmisi sensorik. Contoh klinis: Neuropati diabetes, neuropati perifer nyeri, dan neuralgia pasca herpes.
- 4) Idiopatik, mekanisme belum diketahui. Contoh: nyeri punggung kronis tanpa trauma sebelumnya

c. Nyeri Berdasarkan Lokasi Anatomi

- 1) Somatik, mekanisme aktivitas serat A-delta terletak di jaringan perifer. Contoh: Laserasi superfisial, luka bakar superfisial, abses superfisial.
- 2) Mendalam, mekanisme aktivitas serat C terletak di jaringan yang lebih dalam seperti organ. Contoh: Nyeri fibroid rahim, pielonefritis, bilier sakit perut (PAMI, 2017)..

d. Nyeri Berdasarkan Sifat

- 1) Akut, mekanisme respons neurofisiologis terhadap cedera berbahaya yang seharusnya sembuh dengan penyembuhan luka normal. Contoh: Fraktur akut, keseleo lutut akut.
- 2) Kronis, mekanisme nyeri yang melampaui waktu untuk penyembuhan luka normal dengan perkembangan yang dihasilkan dari beberapa neurofisiologis perubahan. Contoh: nyeri punggung bawah kronis, fibromyalgia, radang sendi.
- 3) Akut-Kronis, mekanisme eksaserbasi akut dari sindrom nyeri kronis. Contoh: Penyakit sel sabit, kanker, rematik arthritis, cedera akut pada pasien nyeri kronis (PAMI, 2017).

3. Proses Terjadinya Nyeri

Suatu proses neurofisiologis yang kompleks, disebut sebagai nosiseptif merupakan rangkaian dari proses mekanisme nyeri, dimana terdiri empat proses, proses transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi.

Dimulai dari adanya stimulus diperifer sampai dirasakan nyeri pada sistem saraf pusat.

- a. Transduksi ialah proses perubahan energi, akibat rangsangan dari stimulus noxious (mekanikal, kimia, termal), yang diubah menjadi aktivitas elektrik di ujung-ujung saraf, oleh reseptor sensoris yang dinamakan nosiseptor.
- b. Transmisi merupakan proses penyaluran sinyal neural dari proses transduksi di perifer, yang diteruskan ke medulla spinalis dan otak.
- c. Modulasi merupakan proses inhibitor pada jalur desenden dan mempengaruhi penyaluran sinyal nosiseptif pada setiap tingkat di medulla spinalis.
- d. Persepsi ialah hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari proses transduksi, transmisi, dan modulasi sepanjang aktivasi sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri dan masukan lain bagian otak yang akhirnya menghasilkan suatu penafsiran subjektif yang disebut persepsi nyeri (Bahrudin, 2017).

4. Respon Nyeri

Reaksi nyeri adalah respon fisiologis dan perilaku yang terjadi setelah persepsi nyeri. Reaksi nyeri tiap orang memiliki karakteristik yang berbeda-beda

a. Respon Fisiologi

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat daripada penjelasan verbal pasien. Dalam kasus pasien yang tidak sadar, reaksi fisiologis harus menggantikan laporan verbal ketidaknyamanan.

Tabel 2.1
Reaksi Fisiologis Terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
STIMULASI SIMPATIK	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan frekuensi denyut jantung	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak

Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik
Penurunan Motilitas Saluran Cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
STIMULASI PARASIMPATIK	
Pucat	
Ketegangan Otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vegal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

Sumber: (Aydede, 2017)

b. Respon Perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Aydede, 2017). Respon perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 2.2
Reaksi Perilaku Terhadap Nyeri

Respon Perilaku Nyeri pada Pasien	
Vokalisasi	1) Mengaduh 2) Menangis 3) Sesak napas 4) Mendengkur
Eksplorasi wajah	1) Meringis 2) Menggertakkan gigi 3) Mengerutkan dahi 4) Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5) Menggigit bibir
Gerakan Tubuh	1) Gelisah 2) Imobilisasi 3) Ketegangan otot 4) Peningkatan gerakan jari dan tangan 5) Aktivitas melangkah yang tanggal

	ketika berlari atau berjalan 6) Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 7) Gerakan melindungi bagian tubuh
Interaksi Sosial	1) Menghindari percakapan 2) Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri 3) Menghindari kontak sosial 4) Penurunan rentang perhatian

Sumber : (Potter & Perry, 2016)

5. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Hawks, 2014) faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain:

a. Persepsi

Persepsi nyeri dipengaruhi oleh individu pada nyeri. Untuk memahami toleransi, seseorang harus membedakan antara batas nyeri dan toleransi nyeri. Batas nyeri didefinisikan sebagai intensitas terendah dari stimulus menyakitkan yang dapat bervariasi bergantung pada Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri faktor fisiologis, namun pada dasarnya sama bagi semua individu jika system syaraf pusat dan perifer tidak bermasalah.

b. Faktor sosial budaya, ras, budaya, dan etnik.

Merupakan faktor yang penting dalam respon individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini mempengaruhi seluruh respon sensori, termasuk respon terhadap nyeri. Kita belajar bagaimana respon nyeri dan pengalaman lainnya dari keluarga dan kelompok etnik. Respon terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya kita masing-masing..

c. Usia.

Dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri. Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologi usia, namun tidak ada bukti terkini yang berkembang secara jelas. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk.

d. Jenis kelamin

Dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respon nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya di Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.

e. Tingkat ansietas

Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

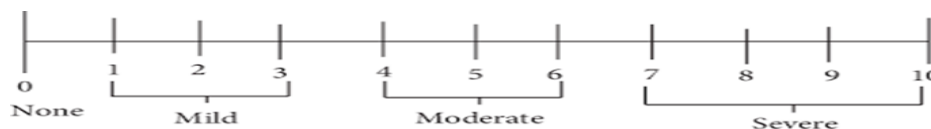
6. Faktor penyebab nyeri pada pasien *post op hemorrhoidectomy*

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, 2018). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2016). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat). Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2016).

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Skala penilaian numerik *Numerical Rating Scale* (NRS) menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini sangat efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik



Gambar 2. 1
Skala Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber: (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

Tabel 2.3
Keterangan Nyeri

0	Tidak ada nyeri (merasa normal).
1	Nyeri hampir tidak terasa (nyeri sangat ringan). Sebagian besar tidak pernah berfikir tentang rasa sakit, seperti gigitan nyamuk.
2	Tidak menyenangkan. Nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit.
3	Bisa ditoleransi. Nyeri sangat terasa, seperti suntikan oleh dokter.
4	Menyedihkan. Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.
5	Sangat menyedihkan. Kuat dalam, nyeri yang menusuk, seperti kaki terkilir.
6	Intens. Kuat dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehinggatampak memengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
7	Sakit intens. Sama seperti skala 6, rasa sakit benar-benar mendominasi indra, tidak mampu berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri.
8	Benar – benar mengerikan. Nyeri sangat kuat dan sangat mengganggu sampai sering mengalami perubahan perilaku jika nyeri terjadi.
9	Menyiksa tak tertahankan. Nyeri sangat kuat, tidak bisa ditoleransi dengan terapi.
10	Nyeri tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan. Nyeri sangat berat sampai tidak sadarkan diri.

Sumber: (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016)

Tabel 2.4
Kelompok Nyeri

Skala Nyeri	Grade	Interpretasi
1-3	Nyeri ringan	Nyeri bisa ditoleransi dengan baik/tidak mengganggu aktivitas
4-6	Nyeri sedang	Mengganggu aktivitas fisik.
7-9	Nyeri berat	Tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.
10	Nyeri sangat berat	Malignan/nyeri sangat hebat dan tidak berkurang dengan terapi/obat-obatan pereda nyeri dan tidak dapat melakukan aktivitas.

8. Manajemen Nyeri

Strategi pelaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu diantaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapi, pekerja sosial, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (Andarmoyo, 2013). Penanganan nyeri ada 2 yaitu dengan teknik farmakologi dan non farmakologi.

a. Farmakologi

Farmakologis antara lain : (analgetik non narkotik dan obat *anti inflamasi nonsteroid* (NSAID), analgetik narkotik atau opioid, dan obat tambahan adjuvant)

b. Non Farmakologi

Menurut Smeltzer & Bare (2013) ada beberapa tindakan non-farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat, yaitu:

1) *Slow Deep Breathing*

Slow deep breathing merupakan salah satu teknik non farmakologi. *Slow deep breathing* merupakan salah satu dari latihan relaksasi dengan teknik latihan pernapasan yang dilakukan secara sadar.

2) Aromaterapi

Terapi alternatif untuk menjaga kesehatan tubuh, dengan memanfaatkan wangi-wangian minyak esensial.

Minyak aromaterapi berasal dari ekstrak tumbuhan seperti lavender, bunga jeruk pahit, bunga mawar, melati, kenanga, chamomile, rosemary, mint, tea tree oil, jahe, lemon, kayu putih, sereh, dan kayu manis.

3) Stimulasi dan masase kutaneus

Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui sistem kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot

4) Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

5) *Trancutaneus electric nerve stimulation*

Trancutaneus electric nerve stimulation (TENS) menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri.

6) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya.

7) Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Hampir semua orang dengan nyeri kronis mendapatkan

manfaat dari metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

8) Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu.

9) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu.

C. Konsep Asuhan Keperawatan *Post Op Hemoroidektomy*

1. Konsep Post Operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

a. Tahapan keperawatan *post operatif*

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan *pasca anastesi (PACU : post anesthesia care unit)* memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan, sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang *drainase* (Lilis & Yuanita, 2020). Hipotensi arteri yang

serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya.

Seperti posisi *litotomi* ke posisi *horizontal* atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke brankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi.

Selama perjalanan transportasi tersebut, pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab (Lilis & Yuanita, 2020).

b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat paska *operatif* (perawat anastesi)
- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah.
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan

yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, *laringoskop*, *set trakheostomi*, peralatan *bronkhial*, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan *suction*. Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari *PACU* adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam kontrol dan nyeri minimal (Lilis & Yuanita, 2020).

4) Transportasi pasien ke ruang rawat

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score* post anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspada hal-hal berikut: henti nafas, vomitus, aspirasi selama transportasi.

5) Perencanaan.

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya

6) Sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat, harus seimbang

7) *Equipment* (peralatan)

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat, misal : tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah

hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

8) Prosedur

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien.

2. Asuhan Keperawatan Post *Hemorrhoidectomy*

a. 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 :

1) Pengumpulan Data

a) 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.

b) Riwayat Kesehatan.

Keluhan Utama. Merupakan keluhan pada saat dikaji dan bersifat subjektif. Pada pasien post operasi *hemorrhoidectomy* akan mengeluh nyeri pada anus terutama saat defekasi.

c) Riwayat Kesehatan Sekarang.

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

Paliatif/propokatif (P). Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri apabila banyak bergerak dan berkurang apabila istirahat/berbaring.

Quality/quantity (Q). Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri bagian anus yang sangat perih seperti diiris pisau.

Region/radiasi (R). Pada pasien post operasi hemoroidektomi akan mengeluh nyeri pada bagian anus dan tidak menyebar.

Severity/scale (S) Pada pasien post operasi hemoroidektomi skala nyeri yang dalam rentang nyeri sedang 4-6 (skala numerik 1-10)

Timing (T). Pada pasien post operasi hemoroidektomi klien akan mengeluh nyeri setiap kali bergerak.

d) 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.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga. Pada tahap ini dikaji tentang riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus, ataupun penyakit Hemoroid.

f) Data Biologis

(1) Pola Nutrisi. Pada pasien post operasi hemoroidektomi tidak akan ditemukan adanya gangguan pola nutrisi.

- (2) Pola Eliminasi. Pada pasien post operasi hemoroidektomiakan terdapat keengganan untuk BAB sehingga terjadi konstipasi.
- (3) Pola Istirahat / Tidur. Pada pasien post operasi hemoroidektomipola istirahat tidurnya akan terganggu hal ini berkaitan dengan rasa nyeri pada daerah anus.
- (4) Personal Hygiene. Kaji kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut dan memotong kuku, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.
- (5) Pola Aktivitas. Kaji kebiasaan aktivitas yang dilakukan selama di rumah sakit : mandiri / tergantung.

g) Data Psikologis.

Data yang perlu dikaji adalah :

- (1) Body Image. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.
- (2) Ideal Diri. Persepsi individu tentang bagaimana dia harus berperilaku berdasarkan standar, tujuan , keinginan, atau nilai pribadi.
- (3) Identitas Diri. Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian diri sendiri.
- (4) Peran Diri. Seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok.
- (5) Data Sosial dan Budaya. Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi, hubungan sosial, gaya hidup, faktor sosiokultural.
- (6) 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.

h) 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.

(1) 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.

(2) Sistem *Cardiovaskuler*

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

(3) 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 dullness.

(4) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya nyeri saat berkemih serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi atau tidak.

(5) 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 saraf cranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi.

(6) Sistem integument

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.

(7) Sistem endokrin

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

(8) Sistem Musculoskeletal

Akan ditemukan data bahwa pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, gerakan terbatas.

(9) Sistem Penglihatan

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

i) Pemeriksaan Penunjang

(1) Darah rutin meliputi *Hemoglobin*, *Hematokrit*, *Leukosit* dan *Trombosit*.

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

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan (Budiono, 2016). Diagnosa yang muncul pada pasien post hemoroidektomi adalah sebagai berikut:

Tabel. 2.5
Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
Nyeri akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : 1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) Kondisi klinis terkait: 1). Kondisi pembedahan 2). Cedera traumatis 3). Infeksi 4). Sindroma koroner akut 5). Glaukoma	Subjektif : 1) Mengeluh nyeri Objektif : 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur 6) Tampak meringis 7) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 8) Gelisah 9) Frekuensi nadi meningkat 10) Sulit tidur	Subjektif : - Objektif : 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola napas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis 8) Tekanan darah meningkat 9) Pola napas berubah 10) Nafsu makan berubah 11) Proses berpikir terganggu 12) Menarik diri 13) Berfokus pada diri sendiri 14) Diaforesis
Risiko Infeksi (D.0142) Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor Risiko :		

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
1). Penyakit kronis (misalnya diabetes melitus) 2). Efek prosedur invasive 3). Malnutrisi 4). Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5). Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : (1). Gangguan peristaltic (2). Kerusakan integritas kulit (3). Perubahan sekresi pH (4). Penurunan kerja siliaris (5). Ketuban pecah lama (6). Ketuban pecah sebelum wkatunya (7). Merokok (8). Statis cairan tubuh 6). Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : (1). Penurunan hemoglobin (2). Imunosupresi (3). Leukopenia (4). Supresi respon inflamasi 7). Vaksinasi tidak adekuat. Kondisi klinis terkait : 1) AIDS 2) Luka bakar 3) Penyakit paru obstruktif kronis 4) Diabetes melitus 5) Tindakan invasif 6) Kondisi penggunaan terapi steroid 7) Penyalahgunaan obat 8) Ketuban pecah sebelum wkatunya 9) Kanker 10)Gagal ginjal 11)Imunosupresi 12)Lymphadema 13)Gangguan fungsi hati		
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.	Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif : 1). Kekuatan otot	Subjektif : 1) Nyeri saat bergerak 2) Enggan melakukan pergerakan 3) Merasa cemas saat

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
Penyebab : 1) Kerusakan integritas struktur tulang 2) Perubahan metabolisme 3) Ketidakbugaran fisik 4) Penurunan kendali otot 5) Penurunan masa otot 6) Penurunan kekuatan otot 7) Keterlambatan pengembangan 8) Kekuatan sendi 9) Kontraktur 10) Malnutrisi 11) Gangguan muskuloskeletal 12) Gangguan neuromuskular 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14) Efek agen farmakologis 15) Program pembatasan gerak 16) Nyeri 17) Kurang terpaparnya tentang aktivitas fisik 18) Kecemasan 19) Gangguan kognitif 20) Keengganan melakukan pergerakan 21) Gangguan sensori persepsi Kondisi Klinis : 1) Stroke 2) Cedera medula spinalis 3) Trauma 4) Fraktur 5) Osteoarthritis 6) Keganasan	menurun 2). Rentang gerak (ROM) menurun	bergerak Objektif : 1) Sendi kaku 2) Gerakan tidak terkoordinasi 3) Gerakan terbatas 4) Fisik lemah
Konstipasi (D.0049) Definisi: Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak Penyebab: 1) Fisiologis a) Penurunan motilitas gastrointestinal b) Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi c) Ketidakcukupan diet d) Ketidakcukupan asupan serat e) Ketidakcukupan asupan cairan f) Aganglionik (mis. Penyakit Hirschsprung)	Subjektif: 1) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu 2) Pengeluaran feses lama dan sulit Objektif: 1) Feses keras 2) Peristaltik usus menurun	Subjektif: Mengejan saat defekasi Objektif: 1) Distensi abdomen 2) Kelemahan umum 3) Teraba massa pada rektal

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
g) Kelemahan otot abdomen 2) Psikologis a) Konfusi b) Depresi c) Gangguan emosional 3) Situasional a) Perubahan kebiasaan makan (mis. Jenis makanan, jadwal makan) b) Ketidakadekuatan toileting c) Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan d) Penyalahgunaan laksatif e) Efek agen farmakologis f) Ketidakteraturan kebiasaan defekasi g) Kebiasaan menahan dorongan defekasi h) Perubahan lingkungan Kondisi Klinis: 1) Lesi/cedera pada medula spinalis 2) Spina bifida 3) Stroke 4) Sklerosis multiple 5) Penyakit Parkinson 6) Demensia 7) Hiperparatiroidisme 8) Hipoparatiroidisme 9) Ketidakseimbangan elektrolit 10) Hemoroid 11) Obesitas 12) Pasca operasi obstruksi bowel 13) Kehamilan 14) Pembesaran prostat 15) Abses rektal 16) Fisura anorektal 17) Striktura anorektal 18) Prolaps rektal 19) Ulkus rektal 20) Rektokel 21) Tumor 22) Penyakit Hirschsprung 23) Impaksi feses		
Gangguan Integritas Kulit (D.0129) Definisi: Kerusakan kulit (dermis	Subjektif (tidak tersedia) Objektif Kerusakan jaringan	Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1) Nyeri

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen Penyebab 1) Perubahan sirkulasi 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3) Kelebihan/kekurangan volume cairan 4) Penurunan mobilitas 5) Suhu lingkungan yang ekstrem 6) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 7) Efek samping terapi radiasi 8) Kelembaban 9) Neuropati perifer 10) Perubahan pigmentasi 11) Perubahan hormonal 12) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan Kondisi klinis terkait 1) Imobilisasi 2) Gagal jantung kongestif 3) Gagal ginjal 4) Diabetes melitus 5) Imunodefisiensi (mis. AIDS)	dan/atau lapisan kulit	2) Perdarahan 3) Kemerahan 4) Hermatoma
Intoleransi Aktivitas Definisi Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari Penyebab	Subjektif: Mengeluh lelah Objektif: Frekuensi jantung meningkat >20% dari	Subjektif: 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa

Diagnosa Keperawatan	Gejala	
	Tanda Mayor	Tanda Minor
1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2) Tirah baring 3) Kelemahan 4) Imobilitas 5) Gaya hidup monoton Kondisi Klinis 1) Anemia 2) Gagal jantung kongesif 3) Penyakit jantung koroner 4) Penyakit katup jantung 5) Aritmia 6) Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) 7) Gangguan metabolik 8) Gangguan musculoskeletal	kondisi sehat	tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah Objektif: 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosis

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

c. Perencanaan Keperawatan

Rencana Keperawatan Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.6
Intervensi Keperawatan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
Nyeri akut D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan erintensitas ringan hingga berat dan	Manajemen Nyeri I.08236 Definisi : Mengidentifikasi dan mengelolah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dnegan kerusakan jaringan atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
	konstan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Nyeri L.08066 menurun dengan kriteria hasil : 1). Keluhan nyeri menurun 2). Meringis menurun 3). Gelisah menurun 4). Frekuensi nadi membaik 5). Pola napas membaik	ringan hingga berat dan konsiten. Tindakan : Observasi : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik : 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (slow deep breathing) 2) Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Slow deep breathing) a) Langkah 1: Posisi untuk Latihan Pernapasan Posisikan tubuh Anda tegak di kursi atau setengah bersandar dengan bagasi Anda ditopang dengan baik. Latihan pernapasan dalam paling efektif saat Anda tegak dibandingkan dengan berbaring karena posisi tegak memberi ruang bagi paru-paru Anda untuk mengembang. b) Langkah 2 : Teknik Pernapasan Hidung Tarik napas melalui

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		hidung jika memungkinkan selama latihan ini. Pernapasan hidung meningkatkan relaksasi di pusat otak. c) Langkah 3: Kecepatan Pernapasan Perlambat kecepatan pernapasan Anda. Pernapasan cepat dangkal dan terkait dengan kecemasan dan stres. Penelitian (1) menyarankan pernapasan pada 9-10 napas per menit adalah tingkat pernapasan yang paling efektif untuk menghilangkan stres dan meningkatkan relaksasi. Tarik napas perlahan - Teknik Pernapasan Diafragma Letakkan tangan Anda di sekitar bagian bawah tulang rusuk dan perut bagian atas dengan ujung jari ke-3 bersentuhan. Tarik napas perlahan sehingga tulang rusuk Anda melebar ke luar dan ujung jari Anda menjauh. Tarik napas perlahan dan dalam untuk mendapatkan udara ke dasar paru- paru tempat pertukaran udara terjadi. Menghembuskan napas Untuk menghembuskan napas biarkan udara secara pasif meninggalkan paru- paru Anda.

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		Menghembuskan napas melibatkan rekoil pasif tulang rusuk dan paru-paru. Rasakan tubuh Anda rileks saat Anda mengeluarkan napas. Kolaborasi : 1) Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu.
Risiko Infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (I.14137) Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Infeksi (I.14137) menurun dengan kriteria hasil : 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Definisi: Mengidentifikasi dan menurunkan resiko tentang organisme patogenik. Tindakan: Observasi : 1) Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik : 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada area edema 3) Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi : 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3) Ajarkan etika batuk 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042) Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Setelah dilakukan intervensi diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat 4) Nyeri menurun 5) Kecemasan menurun 6) Kaku sendi menurun 7) Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8) Gerakan terbatas menurun 9) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Ambulasi (I.06171) : Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah. Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi 3) Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik : 1) Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2) Fasilitasi melakukan ambulasi fisik, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : 1) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2) Anjurkan melakukan ambulasi dini 3) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari TT ke kursi roda, berjalan dari TT ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) Dukungan Mobilisasi (I.05173): Definisi : Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapiutik : 1) Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi Edukasi : 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan mis. Duduk di TT, duduk disisi TT, pindah dari TT ke kursi)
Konstipasi (D.0049)	Eliminasi Fekal Membaik (L.04033) Definisi Proses pengeluaran feses yang mudah dengan konsistensi, frekuensi. Dan bentuk feses normal membaik Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal L.03033 membaik dengan kriteria hasil : - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - Mengejan saat defekasi menurun - Konsistensi feses membaik - Frekuensi BAB membaik	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Definisi: Manajemen eliminasi fekal adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal Tindakan Observasi 1) Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 2) Monitor tanda dan gejala konstipasi Terapeutik 1) Berikan air hangat setelah makan 2) Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien 3) Sediakan makanan tinggi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
	- Peristaltik usus membaik	serat Edukasi 1) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 2) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 3) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 4) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas 5) Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
Gangguan Integritas Kulit (D.0129)	Integritas Kulit Meningkat (L.14125) Definisi Meningkatnya keutuhan kulit (dermis dan/atau epidermis) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit L.14125 meningkat dengan kriteria hasil : Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan luka (I.14564) Definisi: Perawatan luka adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka. Tindakan: Observasi - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lakukan perawatan luka Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) Definisi Respon Fisiologi terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas L.05047 meningkat dengan kriteria hasil : - Keluhan lelah menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen energi (I.05178) Definisi: Manajemen energi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan. Tindakan: Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

(Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

d. Implementasi

Menurut (Kartiko, 2020), Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan, pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi repon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2017). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.

Masalah yang muncul haruslah memiliki kriteria dan indikator untuk menilai bagaimana intervensi keperawatan dijalankan. Standar luaran keperawatan Indonesia menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan secara optimal yang diharapkan dan dapat dicapai oleh klien

setelah memberikan tindakan keperawatan dan dilakukannya evaluasi.

Tabel 2.7
Evaluasi Keperawatan

Nyeri Akut L.08066-Tingkat Nyeri Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan. Ekspektasi : Menurun. Kriteria Hasil :					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan nyeri Meringis Sikap protektif Gelisah Kesulitan tidur Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis Perasaan depresi (tertekan) Perasaan takut mengalami cedera berulang Anoreksia Perineum terasa tertekan Uterus terasa membulat Ketegangan otot Pupil dilatasi Muntah Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5

Pola napas Tekanan darah Proses berpikir Fokus Fungsi berkemih Perilaku Nafsu makan Pola tidur					
Resiko Infeksi L.14137-Tingkat Infeksi. Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Ekspektasi : Menurun. Kriteria Hasil :					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Kebersihan tangan Kebersihan tangan Nafsu makan	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Demam Kemerahan Nyeri Bengkak Vesikel Cairan berbau busuk Sputum berwarna hijau Drainase puluren Piuna Periode malaise Periode menggigil Lelargi Gangguan kognitif	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Kadar sel darah putih Kultur darah Kultur urine Kultur sputum Kultur area luka Kultur feses Kadar sel darah putih	1	2	3	4	5

Gangguan Mobilitas Fisik L.05042-Mobilitas Fisik Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ekspetasi : Meningkatkan Kriteria Hasil :					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Pergerakan ekstremitas Kekuatan otot Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Nyeri Kecemasan Kaku sendi Gerakan tidak terkoordinasi Gerakan terbatas Kelemahan fisik	1	2	3	4	5
Gangguan Integritas Kulit L.14125-Integritas Kulit dan Jaringan. Definisi Keutuhan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa,kornea,fasia,otot,tendon,tulang,kartilago,kapsul sendi dan/atau ligamen). Ekspetasi : Meningkatkan Kriteria Hasil :					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Elastisitas Hidrasi Perfusi jaringan	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Kerusakan jaringan Kerusakan lapisan kulit Nyeri Perdarahan Kemerahan Hematoma Pigmentasi abnormal	1	2	3	4	5

Jaringan parut Nekrosis Abrasi kornea					
	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Suhu kulit Sensasi Tekstur Pertumbuhan rambut	1	2	3	4	5
Intoleransi Aktivitas L.05047-Toleransi Aktivitas Definisi : Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga Ekspetasi : Meningkat Kriteria Hasil :					
	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Frekuensi nadi Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari Kecepatan berjalan Jarak berjalan Kekuatan tubuh bagian atas Kekkuatan tubuh bagian bwah Toleransi dalam menaiki tangga	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan lelah Dispnea saat aktivitas Dispnea setelah aktifitas Perasaan lemah Aritmia saat aktivitas Aritmia setelah aktivitas Sianosis	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup Memburuk	Sedang	Cukup Membaik	Membaik
Warna kulit Tekanan darah Frekuensi napas EKG Iskemia	1	2	3	4	5

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

D. Konsep *Slow Deep Breathing*

1. Pengertian

Slow deep breathing Exercise merupakan salah satu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Delyka et al., 2022). *Slow deep breathing exercise* adalah tindakan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur pernafasan secara lambat dan dalam sehingga menimbulkan efek relaksasi (Tamrin et al., 2019).

Relaksasi dapat diaplikasikan sebagai terapi non farmakologis untuk mengatasi stress, hipertensi, ketegangan otot, nyeri dan gangguan pernafasan. Terjadi perpanjangan serabut otot, menurunnya pengiriman impuls saraf ke otak, menurunnya aktifitas otak dan fungsi tubuh lain pada saat terjadinya relaksasi. Respons relaksasi ditandai dengan penurunan tekanan darah, menurunnya denyut nadi, jumlah pernafasan serta konsumsi oksigen (Tamrin et al., 2019).

2. Tujuan *Slow deep breathing Exercise*

Tujuan latihan *slow deep breathing exercise* antara lain untuk memelihara pertukaran gas, meningkatkan ventilasi alveoli, mencegah terjadinya atelektasis paru, membantu meningkatkan efisiensi batuk dan mengurangi stress fisik maupun psikologis. Stress fisik maupun stress psikologis dapat menyebabkan ketidakstabilan emosional serta memicu rangsangan di area pusat vasomotor yang terletak pada medulla otak sehingga berpengaruh pada kerja sistem saraf otonom dan sirkulasi hormon, rangsangan yang terjadi akan mengaktifasi sistem saraf simpatis dan pelepasan berbagai hormon, sehingga mempengaruhi terjadinya peningkatan tekanan darah (Suzanne & Brenda, 2012).

Latihan *slow deep breathing exercise* memiliki pengaruh pada peningkatan volume tidal sehingga mengaktivasi refleksi *Hering- Breur* yang memiliki efek pada penurunan aktifitas kemorefleksi dan meningkatkan sensitivitas barorefleksi, melalui mekanisme inilah yang dapat menurunkan aktifitas simpatis dan tekanan darah (Hamarno et al., 2017)

Pemberian *slow deep breathing exercise* efektif untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien post hemorroidektomi. Hal ini dikarenakan *slow deep breathing* merupakan salah satu teknik relaksasi. Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri (Aprina et al., 2018).

Penelitian mengenai pemberian *slow deep breathing exercise* efektif dilakukan pada pasien dengan skala nyeri ringan sampai sedang. Hasil ini didapat dari penelitian sebelumnya oleh (Aprina et al., 2018) yang didapatkan bahwa terjadi penurunan intensitas nyeri sedang pada pasien setelah diberikan intervensi *slow deep breathing exercise*.

3. Prinsip Pelaksanaan

Slow deep breathing memiliki efek peningkatan fluktuasi dari interval frekuensi pernapasan yang berdampak pada peningkatan efektifitas barorefleksi dan dapat mempengaruhi tekanan darah (Sepdianto et al., 2010).

Slow deep breathing exercise juga meningkatkan central inhibitory rhythmus sehingga menurunkan aktivitas saraf simpatis yang akan menyebabkan penurunan tekanan darah pada saat barorefleksi diaktivasi. *Slow deep breathing exercise* dapat memengaruhi peningkatan volume tidal sehingga mengaktifkan heuring-breurer reflex yang berdampak pada penurunan aktivitas kemorefleksi, peningkatan sensitivitas barorefleksi, menurunkan aktivitas saraf simpatis, dan menurunkan tekanan darah (Joseph et al., 2015).

Slow deep breathing exercise meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis dan meningkatkan suhu kulit perifer sehingga memengaruhi penurunan frekuensi denyut jantung, frekuensi napas dan aktivitas elektromiografi (Kaushik et al., 2016).

Slow deep breathing exercise merupakan metode relaksasi yang dapat memengaruhi respon nyeri tubuh (Miftahussalam, 2018) menyatakan *slow deep breathing exercise* menyebabkan penurunan aktivitas saraf simpatis, peningkatan aktivitas saraf parasimpatis, peningkatan relaksasi tubuh, dan menurunkan aktivitas metabolisme. Hal tersebut menyebabkan kebutuhan otak dan konsumsi otak akan oksigen berkurang sehingga menurunkan respon nyeri tubuh.

4. Prosedur Pelaksanaan

Slow deep breathing exercise adalah salah satu teknik pengontrolan napas dan relaksasi (Sumartini & Miranti, 2019). Langkah-langkah melakukan latihan *slow deep breathing exercise* yaitu sebagai berikut:

a. Langkah 1: Posisi untuk Latihan Pernapasan

Posisikan tubuh Anda tegak di kursi atau setengah bersandar dengan bagasi Anda ditopang dengan baik. Latihan pernapasan dalam paling efektif saat Anda tegak dibandingkan dengan berbaring karena posisi tegak memberi ruang bagi paru-paru Anda untuk mengembang.

b. Langkah 2 : Teknik Pernapasan Hidung

Tarik napas melalui hidung jika memungkinkan selama latihan ini. Pernapasan hidung meningkatkan relaksasi di pusat otak.

c. Langkah 3: Kecepatan Pernapasan

Perlambat kecepatan pernapasan Anda. Pernapasan cepat dangkal dan terkait dengan kecemasan dan stres. Penelitian (1) menyarankan pernapasan pada 9-10 napas per menit adalah tingkat pernapasan yang paling efektif untuk menghilangkan stres dan meningkatkan relaksasi.

1) Tarik napas perlahan - Teknik Pernapasan Diafragma

Letakkan tangan Anda di sekitar bagian bawah tulang rusuk dan perut bagian atas dengan ujung jari ke-3 bersentuhan. Tarik napas perlahan sehingga tulang rusuk Anda melebar ke luar dan ujung jari Anda menjauh. Tarik napas perlahan dan dalam untuk mendapatkan udara ke dasar paru-paru tempat pertukaran udara terjadi.

2) Menghembuskan napas

Untuk menghembuskan napas biarkan udara secara pasif meninggalkan paru-paru Anda. Menghembuskan napas melibatkan rekoil pasif tulang rusuk dan paru-paru. Rasakan tubuh Anda rileks saat Anda mengeluarkan napas (Kenwey, 2020)

E. Tinjauan Ilmiah Terkait

Tabel 2.8
Tinjauan Ilmiah

NO.	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	Perbedaan Efektivitas Progressive Muscle Relaxation (Pmr) Dengan Slow deep breathing Exercise (Sdbe) Terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertensi (Andry Sartika , Anwar Wardi , Yani Sofiani, 2018)	D : eksperiment dengan rancangan randomizedpretestandposttest three group design S : penderita hipertensi di wilayah kerja puskesmas kabupaten kepahiang bengkulu berjumlah 30 orang V : (i) perberdaan efektifitas progressive muscle relaxation (d) slow deep breathing exercise terhadap tekanan darah penderita hipertensi I : kuesioner pengkajian dan lembar observasi, A : uji Wilcoxon Sign Rank Test	Intervensi SDBE dan SDBE 2018. Jurnal Keperawatan Silampari 2 (1) 356-370 367 PMR tidak ada perbedaan efektifitas yang signifikan terhadap perubahan rata-rata perubahan tekanan darah sistolik, hal ini dapat dilihat nilai probabilitas lebih besar dibandingkan taraf signifikansi $p=0,427$ ($>0,05$). Pada tekanan darah diastolik intervensi SDBE PMR lebih efektif dari pada tekanan darah diastolik intervensi SDBE karena terdapat perbedaan yang signifikan terhadap perubahan nilai rata rata tekanan darah, hal ini dapat diihat nilai probabilitas lebih kecil dibandingkan taraf signifikansip = 0,031 ($<0,05$).
2.	Pemberian Slow deep breathing Exercise pada Pasien Diabetes Mellitus di Wilayah kerja Puskesmas Suli Kota Ambon. (Ida Djafar, Suardi Zurim, 2022)	D : laporan kasus S : Tn. O.I V : (I) Pemberian Slow deep breathing Exercise (d) Pasien Diabetes Mellitus I : kuesioner pengkajian dan lembar observasi, A : tidak ada hanya dilakukan obsesvasi study kasus	Hasil penelitian yang dilakukan pada pasien Tn.O.I umur 45 tahun, dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah didapatkan data mengeluh cemas dengan kondisi penyakitnya. Selain itu pasien mengeluh telunjuk kaki kiri pasien terasa sakit karena ada luka dan selalu merasa lapar. Keluhan yang menyertai adalah

NO.	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			sulit untuk buang air besar. Pasien mengatakan didiagnosa diabetes mellitus sejak 05 Nopember 2021. Riwayat Anggota keluarga dalam hal ini adalah ibu pasien menderita penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/90 mmHg, frekuensi pernafasan 22x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu tubuh 37°C. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum lemas, konjungtiva anemis, tampak adanya luka dengan ukuran 1cm pada telunjuk kaki kiri pasien, glukosa darah sewaktu 130 mg/dl. Diagnosa keperawatan adalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Perencanaan dibuat sesuai dengan kondisi pasien, serta pelaksanaannya dibuat sesuai perencanaan yang sudah ditetapkan. Hasil evaluasi yang didapatkan bahwa <i>slow deep breathing</i> exercise dapat menurunkan kadar glukosa dalam darah
3.	Karakteristik Penderita Hemoroid Dari Hasil Pemeriksaan Kolonoskopi Di Rsud Dr. Pirngadi Meda (Syarifuddin Hizkia Butar - Butar, Pengarapen Tarigan, Fitriana Lumongga, 2020)	D :description research with cross sectional S : 79 orang penderita penyakit wasir V : (i) karakteristik penderita hemoroid (d) pemeriksaan kolonoskopi I : data sekunder yang diperoleh dari rekam medis A : metode consecutive sampling	Hasil penelitian semakin tinggi usia seseorang maka penyakit ambeien yang dideritanya akan semakin parah dibuktikan dengan : Subyek laki-laki yang menderita wasir lebih banyak tercatat dari umur 36-45 tahun sebanyak 33 orang (52,3%), dan dari jenis kelamin, subyek lakilaki yang menderita wasir sebanyak 55 orang (63,5%), dan profesi yang menderita wasir adalah petani 29 subjek (36,5%), dan terakhir subjek pendidikan yang menderita

NO.	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			wasir adalah SLTA 33 subjek (35,6%). Ada hubungan antara usia dengan derajat hemoroid.
4.	Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Hemoroidektomi Di RSUD Simo Boyolali: Studi Kasus (Tri Utami, Ganik Sakitri, 2020)	D : case study design S : 2 orang pasien post operasi hemoroid V : (i) Pemberian Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri (d) Pasien Post Hemoroidektomi I : lembar NRS (Numeric Rating Scale) A : case study design	Berdasarkan hasil penelitian ada pengaruh pemberian kompres dingin terhadap penurunan nyeri sedang menjadi nyeri ringan pada pasien post operasi hemoroid di ruang bougenvil RSUD Simo Boyolali.
5.	Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri Pada Klien Post Hemoroidektomi Di Rsk Ngesti Waluyo Parakan Temanggung (Agustinus Kri Ediyanto, 2018)	D : study kasus S : satu Klien Yaitu Ny.S V : (i) Upaya Penurunan Nyeri (d) Klien Post Hemoroidektomi I : wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi. Wawancara A : mengamati respon fisik, psikologis, emosi, serta rasa aman dan nyaman dari klien	Dari hasil penelitian pemberian teknik non farmakologi yaitu menganjurkan memilih posisi nyaman dan memberikan bantalan saat duduk, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi pada Ny.S dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur bedah) dalam menurunkan nyeri terbukti efektif dari skala nyeri 8 menjadi 4
6.	Latihan <i>Slow deep breathing</i> dan Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri pada Klien Post Seksio Sesaria (Aprina, Rovida Hartika, Sunarsih, 2018)	D : Quasy Eksperiment S : 60 responden, yang dibagi menjadi 30 kelompok <i>slow deep breathing</i> dan 30 kelompok aromaterapi lavender V : (i) Latihan <i>Slow deep breathing</i> dan Aromaterapi Lavender (d) Nyeri pada Klien Post Seksio Sesaria I : lembar NSR A : Uji Statistik Mann Widney	Dari hasil penelitian terdapat pengaruh antara sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender pada pasien post seksio sesaria di Ruang Delima RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, dengan p-value 0.000 ($< \alpha$ 0.05)
7.	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hemoroid Di Poliklinik Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher Jambi (Hendry Wibowo, Erlinengsih, Aljafri	D : kuantitatif (case control) S : pasien yang tidak menderita hemoroid sebanyak 40 responden V : Variabel yang diteliti meliputi konstipasi, duduk lama dan obesitas dengan kejadian hemoroid I : wawancara A : uji Chi Square.	Dari hasil penelitian diketahui sebagian besar 18 (90,0 %) responden mengalami konstipasi dan sebanyak 13 (65,0 %) responden mempunyai kebiasaan duduk lama, dan sebanyak 7 (35,0 %) responden mengalami obesitas (IMT > 30) di Rumah Sakit Umum Daerah Raden Mattaher

NO.	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	Gusman, Renda Syahira, 2018)		Jambi Tahun 2018. terdapat hubungan bermakna antara konstipasi dengan kejadian hemoroiddi Poliklinik Bedah RSUD Raden Mattaher Jambi Tahun 2018 dengan nilai P Value 0,034.
8.	Pengaruh <i>slow deep breathing</i> terhadap nyeri pada pasien <i>post op</i> <i>apendisitis</i> (Ike Nurjana Tamrin, Elsy Maria Rosa, Dianita Subagyo, 2019)	D : quasy-experiment dengan tipe pre-post test without control group design S : sebanyak 30 responden V : (i) Pengaruh <i>slow deep</i> <i>breathing</i> (d) nyeri pada pasien <i>post op</i> <i>apendisitis</i> I : VAS (Visual Analog Scale) A : standar deviasi	ada pengaruh <i>Slow deep</i> <i>breathing</i> terhadap penurunan nyeri p 0,001 @ 0,05 dimana p<0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan
9.	<i>Study narrative</i> <i>Review Pwngaruh</i> <i>Slow deep</i> <i>breathing</i> <i>Execerise</i> Terhadap penurunan Tekanan darah pada penderita Hipertensi Derajat 1 (Atika 2021)	D : <i>Narative Riview</i> S : 14 artikel V : (i) <i>Slow deep breathing</i> <i>Execerise</i> (d) tekanan darah hipertensi derajat 1 I : Latihan <i>Slow deep breating</i> sesuai SOP A : Rivew Narativ	Dari hasil review 14 artikel dengan pembahasan <i>slow</i> <i>deep breathing</i> <i>execerise</i> terhadap penurunan tekanan darah penderita hiperensi derajat 1 menyatakan bahwa <i>slow</i> <i>deep breathing</i> <i>execerise</i> terbukti efektif dalam menurunkan tekanan darah.
10.	<i>Deep Breathing</i> <i>Exercise (Dbe)</i> Dan Tingkatintensitas Nyeri Pada pasien <i>Post Operasi</i> Laparatomi (Rudi Hamarno, Maria Diah C.T., M. Hisbulloh H, 2017)	D : <i>penelitian quasi</i> <i>eksperimen design, non-</i> <i>equivalent control group</i> <i>dengan kelompok</i> S : 34 responden V : (i) <i>Deep Breathing</i> <i>Exercise (Dbe)</i> Dan Tingk (d) pasien <i>Post Operasi</i> Laparatomi I : <i>uji dengan cara U-Mann</i> <i>Whitney</i> A : <i>cara U-Mann Whitney</i>	Dari hasil review 14 artikel dengan pembahasan . Penelitian ini menunjukkan bahwa intensitas nyeri pada pasien <i>post operasi</i> laparatomi di RS. Lavalette Kota Malang sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi <i>deep breathing exercise</i> (pre) rata-rata skala nyeri 4.8 dan (post) rata-rata skala nyeri 3.3, ada perbedaan pengaruh teknik relaksasi <i>deep breathing</i> <i>exercise</i> terhadap perubahan intensitas nyeri pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan <i>post</i> <i>operasi laparatomi di RS.</i> Lavalette Kota Malang (p=0,000).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Fokus Asuhan Keperawatan

Pada laporan tugas akhir ini penulis menggunakan pendekatan dengan asuhan keperawatan post operatif di ruang operasi yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Fokus asuhan keperawatan dalam laporan tugas akhir ini adalah asuhan keperawatan perioperatif pada pasien post operatif dengan diagnosa medis hemoroid dengan tindakan *hemorroidektomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut dirumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung tahun 2023

B. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Lokasi pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan di Ruang Bedah Mawar Abdul Moeloek Bandar Lampung tahun 2023

2. Waktu Penelitian

Pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan dilakukan di RS Abdul Moeloek Bandar Lampung pada 20-28 Juni 2023.

C. Subjek Penelitian/Kasus

Subjek Asuhan Keperawatan ini adalah pasien yang menjalani operasi di Rumah Sakit Abdul Moeloek Bandar Lampung dengan diagnosa medis Hemoroid dengan tindakan *Post op hemoroidektomi*. Penelitian asuhan keperawatan ini mengarah kepada istilah objek studi kasus oleh karena yang menjadi objek studi kasus yaitu pasien individu yg di amati secara mendalam. Subjek yang digunakan dalam asuhan keperawatan ini adalah pasien dengan masalah nyeri akut *Post op hemoroidektomi*.

Subjek kasus pada penelitian ini memiliki dua kriteria yaitu :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu :

- a. Pasien yang berada di Ruang Bedah Rumah Sakit Abdoel Moloek Bandar lampung Tahun 2023
- b. Pasien yang berusia 25-65 tahun.

- c. Pasien *post op hemoroidektomi*. dengan masalah keperawatan nyeri akut
- d. Pasien *post op hemoroidektomi* dengan nyeri skala sedang 4-6.
- e. Pasien bersedia menjadi responden.

2. Kriteria eksklusi.

Kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu :

- a. Pasien *post op hemoroidektomi* dengan penurunan kesadaran/parsial respon
- b. Pasien yang tidak kooperatif.

D. Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

- a. Format pengkajian

Format pengkajian yang digunakan yaitu format pengkajian keperawatan medikal bedah. Format asuhan keperawatan meliputi pengkajian kepada klien berupa, identitas klien, catatan masuk, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

- b. Alat Kesehatan

Alat kesehatan yang digunakan untuk mengambil data pada klien meliputi stetoskop, sphygmomanometer (tensimeter), thermometer, penlight, jam/arloji, dan handscoon. Alat yang digunakan oleh penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini yaitu lembar format asuhan keperawatan perioperatif yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan dan rekam medik pasien terkait.

2. Teknik Pengumpulan Data

- a. Pengamatan

Dalam laporan karya ilmiah akhir ini dilakukan dengan mengamati secara langsung pada keadaan klinis dan hasil tindakan asuhan keperawatan dengan pengelolaan nyeri akut dengan pemberian

terapi non farmakologis yaitu terapi *Slow deep breathing Exercise*, keadaan yang diamati adalah respon nyeri seperti tampak meringis dan tampak gelisah.

b. Wawancara

Pada laporan akhir ini penulis menanyakan secara lisan tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga pasien.

c. Pemeriksaan Fisik

Pada laporan akhir ini penulis menanyakan secara lisan tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit keluarga pasien.

Pemeriksaan fisik menurut (PAMI, 2017) :

1) Inspeksi

Penulis melihat apakah ada perubahan pada kulit yaitu perubahan warna, rambut rontok, pembilasan, merinding, berkeriat. Apakah ada perubahan pada otot: atrofi atau spasme dan apakah ada edema.

2) Palpasi

Penulis melakukan demarkasi area yang menyakitkan untuk mendeteksi perubahan intensitas nyeri di area tersebut. Apakah ada pemicu nyeri seperti perubahan dalam pemrosesan sensorik atau nyeri. Apakah ada *flaccidity*: kelemahan ekstremitas (mungkin dari kelumpuhan). Apakah ada gerakan abnormal: kerusakan neurologis atau gangguan rasa propriosepsi, berkurangnya rasa sentuhan ringan. Apakah ada Batasan rentang gerak: penyakit cakram, artritis, nyeri.

3) Pemeriksaan *Neurologis*.

Penulis melakukan pemeriksaan saraf kranial yaitu; kekuatan motorik, fungsi saraf tulang belakang: refleks tendon dalam, pinprick, proprioception. Koordinasi: Tes Romberg, jari kaki sembah, jari ke hidung, gerakan tangan cepat

d. Sumber Data (Budiono & Pertamina, 2016).

1) Sumber Data Primer

Penulis mendapatkan sumber data utama dari pasien yang dikelola

2) Sumber Data Sekunder

Penulis memperoleh data sekunder melalui orang terdekat yang selalu merawat dan menjaga pasien selama dirawat di rumah sakit.

3) Sumber data lain

a) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan keperawatan

b) Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit dapat diperoleh dari terapi. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identitas patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis

c) Konsultasi, kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegakkan diagnosis.

d) Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

e) Perawat lain, jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya maka perawat harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.

- f) Kepustakaan, untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu anda dalam memberikana suhan keperawatan yang benar dan tepat.

E. Prinsip Etik

Studi kasus ini telah mendapatkan surat laik etik dari Politeknik Kesehatan Tanjungkarang dengan nomor 413/KEPK-TJK/VII/2023 pada 11 Juli 2023. Menurut (Hasyim & Prasetyo, 2019) prinsip etik keperawatan yaitu:

1. Otonomi

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Prinsip otonomi direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya. Dalam hal ini penulis memberikan hak sepenuhnya kepada pasien untuk menolak ataupun bergabung dalam asuhan keperawatan, pasien menyetujui pada informed consent untuk dijadikan responden.

2. Beneficience

Prinsip ini menuntut perawat untuk melakukan hal yang baik dengan begitu dapat mencegah kesalahan atau kejahatan. Prinsip kemurahan hati adalah menghilangkan kondisi-kondisi yang sangat merugikan, mencegah kerugian kerusakan/kesalahan, berbuat baik. Dalam etik beneficience ini penulis memberikan informasi yang benar tentang tindakan yang dilakukan kepada responden serta manfaatnya terhadap responden tersebut.

3. Justice

Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Nilai ini terefleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai dengan hukum, standar praktik dan

keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan. Dalam etik justice, penulis melakukan tindakan tidak membedakan pasien dan berlaku adil.

4. *Non-maleficence*

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya atau cedera fisik dan psikologi pada klien. Dalam etik *non-maleficence* penulis melakukan tindakan yang tidak merugikan responden.

5. *Veracity*

Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif, dan objektif. Pemberi pelayanan kesehatan harus menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan memastikan bahwa klien sangat mengerti dengan situasi yang dia hadapi. Dalam etik *veracity* penulis selalu berkata jujur tentang kondisi yang dialami pasien.

6. *Fidelity*

Tanggung jawab seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meminimalkan penderitaan. Untuk mencapai itu penulis harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmennya kepada orang lain. Prinsip ini berarti bahwa tenaga kesehatan wajib menepati janji, menjaga komitmennya dan menyimpan rahasia klien. Dalam etik *fidelity* penulis selalu menepati janji seperti kontrak yang dibuat untuk melakukan asuhan keperawatan dan tindakan ke pasien.

7. *Confidentially*

Penulis akan menjaga informasi tentang klien privasi klien. Dokumentasi tentang keadaan kesehatan klien hanya bisa dibaca guna keperluan pengobatan dan peningkatan kesehatan klien. Diskusi tentang klien di luar area pelayanan harus dihindari. Prinsip ini menggariskan bahwa informasi tentang klien harus dijaga kerahasiannya. Dalam etik *confidentially* penulis menjaga kerahasiaan data pribadi pasien,

8. *Accountability*

Akuntabilitas adalah mempertanggungjawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan suatu aturan profesi. Oleh

karena itu pertanggung jawaban atas hasil asuhan keperawatan mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri. Dalam etik *accountability* penulis melakukan semua tindakan kepada pasien sesuai dengan prosedur agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan dan tindakan dapat dipertanggungjawabkan

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian

Asuhan keperawatan ini dilakukan di ruang rawat inap bedah pria RSUD Dr. H Abdoel Moloek Bandar Lampung. Ruangan ini terletak di lantai tiga, Ruangan ini bersebelahan dengan ruang rawat inap bedah wanita. Ruang rawat inap bedah pria ini merupakan ruang rawat yang dikhususkan untuk pasien yang akan menjalani prosedur pembedahan maupun pasien yang telah selesai menjalani prosedur tersebut. Terdapat 3 kelas rawat inap yaitu kelas 1, 2, dan 3. Kelas 1 terdapat 2 bed peruangan, kelas 2 terdapat 4 bed. Sedangkan kelas 3 terdapat 6 bed. Jumlah tenaga perawat yang ada di ruang rawat inap bedah yaitu 20 perawat.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Tabel 4.1
Identitas Pasien

	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. H	Tn.E
Umur	42 Tahun	47 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Suku	Jawa	Ogan
Bangsa	Indonesia	Indonesia
Agama	Kristen	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Sopir	Pedagang
Status Perkawinan	Kawin	Kawin
Alamat	Sukadana	Pringsewu
Tanggal Masuk RS	19 Juni 2023	25 Juni 2023
Tanggal Operasi	20 Juni 2023 Pukul: 08.00 WIB	26 Juni 2023 Pukul: 09.00
Tanggal Pengkajian	20 Juni 2023 Pukul: 14.00	26 Juni 2023 Pukul: 14.00
Diagnosa Medis	Post Op Hemorodektomi	Post Op Hemorodektomi

b. Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2
Riwayat Kesehatan

	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan	Pasien mengatakan nyeri pada anus karena terdapat luka bekas operasi.	Pasien mengatakan nyeri pada bagian anus setelah dioperasi.
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang RSUD dr. H Abdul Moloek pada 19 Juni 2023 karena nyeri dan keluar darah saat BAB. Pasien dikaji pada tanggal 20 Juni 2023 pukul 14.00 Pasien mengeluhkan nyeri pada anus. P: Pasien mengeluhkan susah tidur, dan merasa tidak nyaman di anusnya. Q : Pasien mengatakan anusnya terasa pedih, dan berdenyut. R : Anus. S : 4 (1-10). T : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di anus terasa terus menerus dan bertambah semakin nyeri ketika pasien banyak bergerak. Saat pengkajian pasien tampak meringis dan tirah baring dan aktivitas tampak dibantu oleh keluarga. Pasien menjalani hemoroidektomi pada 20 Juni 2023.	Pasien datang ke IGD RSUD dr. H Abdul Moloek pada tanggal 25 Juni 2023 dengan keluhan BAB berdarah sejak 1 minggu disertai nyeri. Pasien dikaji pada tanggal 26 Juni 2023 pukul 14.00 P : Saat ini pasien mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi Q : Pasien mengatakan anusnya seperti ditusuk-tusuk benda tajam R : Anus. S : skala nyeri 5 (1-10) T : Pasien mengatakan nyerinya semakin bertambah ketika pasien mencoba untuk sehingga Pasien tampak sangat berhati-hati ketika akan bergerak. Saat pengkajian pasien tampak meringis dan tirah baring dan aktivitas tampak dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan lelah dan lemas. Pasien

		mengatakan tidak nyaman ketika beraktivitas. Pasien mengatakan pusing dan berkunang-kunang. Pasien tampak pucat. Pada tanggal 26 Juni 2023 pasien dilakukan operasi hemoroidektomi.
Riwayat Penyakit Saat ini	Pasien mengatakan memiliki benjolan di anus sekitar 3 tahun ukurannya semakin membesar hingga kurang lebih 1 cm dan benjolan memutar mengelilingi lubang anus, tidak nyeri dan BAB tetap lancar. Tetapi pada 3 bulan terakhir pasien mengatakan mengalami nyeri saat BAB serta sering berdarah.	Pasien mengatakan benjolan di anusnya sudah ada sejak 1 tahun yang lalu namun semakin membesar hingga kurang lebih 1.5 cm dan benjolan mengelilingi anus. Sudah sejak 1 minggu BAB berdarah disertai nyeri hebat.
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan di keluarganya memiliki penyakit hemoroid	Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya sekarang

c. Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3
Pola Fungsi Kesehatan

	Pasien 1	Pasien 2
Pola makan dan minum	Pasien hanya makan yang diberikan dari rumah sakit, Pasien mendapatkan diit biasa, makan 3x sehari kadang habis kadang tidak, sedikit makan cemilan seperti	Pasien mendapat diit biasa, makan 3x sehari kadang habis kadang tidak, minum air putih sehari 3-6 gelas. Pasien mengatakan mual dan akan muntah

	biskuit, minum air putih sehari 5-6 gelas.	jika memakan sesuatu
Pola istirahat dan tidur	Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri, saat malam hari hanya tidur 4 jam.	Pasien mengatakan malam hanya tidur 5 jam, setelah operasi juga tidak tidur karena merasakan nyeri
Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 1x sehari sebelum operasi. Setelah operasi hanya dilap	Pasien mengatakan mandi 1x sebelum operasi. Setelah operasi hanya dilap
Eliminasi	BAK 6-8 kali, dengan karakteristik kuning jernih dan bau khas urin. Pasien mengatakan belum BAB selama 3 hari. Terdapat tampon pada anus. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat mengejan.	BAK kurang lebih sekitar 4-7 kali/hari. Pasien belum BAB sejak pagi. Hari pertama dirawat BAB sedikit dan keluar darah.
Pola aktivitas	Aktivitas di tempat tidur dan dibantu keluarga. Post op 6 jam	Aktivitas di tempat tidur dan dibantu keluarga. Post op 5 jam

d. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4
Pemeriksaan Fisik

	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Baik	Baik
Kesadaran	Composmantis	Composmantis
Tanda-tanda vital	Tekanan Darah: 140/90 mmHg Nadi: 86 x/menit Pernafasan: 20x/menit	Tekanan Darah: 120/80 mmHg Nadi: 79x / menit Pernafasan: 20x /menit

	Suhu: 36°C SPO2: 98%	Suhu: 36,3°C SPO2 : 99 %
Kenyamanan/nyeri	Mengeluh nyeri pada bagian anus bekas operasi dengan skala nyeri 4 (1-10)	Mengeluh nyeri pada bagian anus bekas operasi dengan skala nyeri 5 (1-10)
Kepala	Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.	Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.
Mata	Bentuk simetris, Konjungtiva ananemis	Bentuk simetris, Konjungtiva ananemis
Hidung	Bentuk simetris, tidak ada cairan didalam hidung, tidak ada pembesaran polip dan penciuman dapat berfungsi dengan baik	Bentuk simetris, tidak ada cairan didalam hidung, tidak ada pembesaran polip dan penciuman dapat berfungsi dengan baik
Telinga	Bentuk telinga simetris dan bersih, tidak ada cairan serumen, pendengaran dapat berfungsi dengan baik	Bentuk telinga simetris dan bersih, tidak ada cairan serumen, pendengaran dapat berfungsi dengan baik
Leher	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
Thorax	Jantung a) Inspeksi: Ictus Cordis tidak tampak b) Palpasi: Ictus cordis teraba pada mid klavikula	Jantung a) Inspeksi: Ictus Cordis tidak tampak b) Palpasi: Ictus cordis teraba pada mid klavikula

	intercosta 4-5 c) Perkusi : pekak d) Auskultasi: irama jantung s1 dan s2 reguler (lub-dup) Paru a) Inspeksi: paru kanan dan paru kiri simetris. b) Palpasi: gerak dada kanan dan dada kiri simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa yang abnormal, tactil fremitus kanan kiri jelas terasa dan apek paru. c) Perkusi: terdengar suara sonor pada lapang paru. d) Auskultasi: suara napas vesikuler.	intercosta 4-5 c) Perkusi : pekak d) Auskultasi: irama jantung s1 dan s2 reguler (lub-dup) Paru a) Inspeksi: paru kanan dan paru kiri simetris. b) Palpasi: gerak dada kanan dan dada kiri simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa yang abnormal, tactil fremitus kanan kiri jelas terasa dan apek paru. c) Perkusi: terdengar suara sonor pada lapang paru. d) Auskultasi: suara napas vesikuler.
Abdomen	Inspeksi: Perut simetris tampak datar, warna kulit sawo matang, warna kulit merata Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan Perkusi: suara ketukan tympani di seluruh lapang abdomen Auskultasi: bising usus 7x/menit. Terdengar suara dullness di abdomen	Inspeksi: Parut simetris tampak datar, warna kulit kuning langsung, warna kulit merata Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan Perkusi: suara ketukan tympani di seluruh lapang abdomen Auskultasi: bising usus 14x/menit

Muskoskelatal	Ekstremitas atas pada tangan kanan pergerakan terbatas karena terpasang infus, sedangkan ekstremitas atas kiri dapat bergerak normal` Kekuatan otot kanan dan kiri 5/5 Ekstremitas bawah kanan dan kiri dapat digerakkan melawan gravitasi, kekuatan otot 5/5 Terdapat luka bekas operasi di anus berwarna kemerahan dan bengkak.	Ekstremitas atas pada tangan kiri pergerakan terbatas karena terpasang infus, ekstremitas atas kanan dapat bergerak normal Kekuatan otot kanan dan kiri 5/5. Ekstremitas bawah kanan dan kiri dapat digerakkan melawan gravitasi, kekuatan otot 5/5. CRT>2 detik Terdapat luka bekas operasi di anus berwarna kemerahan.
Genetalia dan Rectum	Genetalia: Pasien mengatakan tidak ada luka di genitalianya Sesuai dengan catatan medis pasien, pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan dan bengkak, terdapat nyeri pada area anus. Luka pada anus mengelilingi lubang anus, kurang lebih luka di sekeliling anus 1	Genetalia: Pasien mengatakan tidak ada luka di genitalianya Sesuai dengan catatan medis pasien, pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan, terdapat nyeri pada area anus. Terpasang tampon di anus, luka mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm.

	cm. Luka berdarah dan terpasang tampon	
--	--	--

e. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5
Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. H (19 Juni 2023)	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. E (25 Juni 2023)	N. Rujukan	Satuan
Hemoglobin	14,2	10,3	11,7-15,5	g/dL
Leukosit	8.100	12.620	3.600-11.000	/ π L
Eritrosit	4,0	3,7	3,8-5,2	Juta/ π L
Hematokrit	43	38	35-47	∞
Trombosit	372.000	443.000	150.000-440.000	/ π L
MCV	87	82	80-100	fL
MCH	29	28	26-34	Pg
MCHC	32	34	32-36	g/dL
GDA	99	95	< 200	mg/dl
Kreatinin	0,7	0,9	0,6-1,5	mg/dL
Natrium	138,1	38,1	135-147	mg/dL
SGOT	18	20	0-50	U/L
SGPT	15	11	0-50	U/L
HbsAg	Negatif	Negatif		

f. Terapi Obat-obatan

Tabel 4.6
Terapi Obat-Obatan

Terapi Obat-Obatan Pasien 1 (Tn. H)			
No	Nama	Dosis, Rute Pemberian	Mulai Pemberian
1.	Keterolax	3x30 mg Injeksi Intravena	20 Juni 2023
2.	Ceftriaxone	1 gram/12 jam Injeksi Intravena	20 Juni 2023
3.	RL	20 tpm	20 Juni 2023
Terapi Obat-Obatan Pasien 2 (Tn. E)			
1.	Keterolax	30 mg/12 jam	26 Juni 2023
2.	Ceftriaxone	1 gram/12 jam injeksi intravena	26 Juni 2023
3	RL	20 tpm	26 Juni 2023
4.	Ondancetron	4 mg/ 12 jam	26 Juni 2023

		Injeksi Intravena	
5.	Ranitidin	50 mg/12 jam injeksi intravena	26 Juni 2023

g. Analisa Data

Tabel 4.7
Analisa Data

Pasien 1 (Tn. H)			
No	Data	Masalah	Penyebab
1.	Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada anusya setelah dilakukan operasi. - P: Pasien mengeluhkan susah tidur, dan merasa tidak nyaman dianusya. - Q : Pasien mengatakan anusya terasa pedih, dan berdenyut. - R : Anus. - S : 4 (1-10). - T : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi dianus terasa terus menerus dan bertambah semakin nyeri ketika Pasien banyak bergerak. - Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri, saat malam hari hanya tidur 4 jam. Objektif : - Saat pengkajian pasien tampak meringis - Tekanan Darah: 140/90 mmhg - Nadi: 86 x/menit - Pernafasan:	Nyeri akut	Agan pecedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i>

	20x/menit - Suhu: 36°C - SPO2: 98% - Terdapat luka bekas operasi berwarna merah dan bengkak pada anus yang terpasang tampon		
2.	Subjektif: - Pasien mengatakan nyeri pada anusya setelah dilakukan operasi. Objektif: - Sesuai dengan catatan medis pasien, pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan dan bengkak - Terdapat nyeri pada area anus. - Luka pada anus mengelilingi lubang anus, kurang lebih luka di sekeliling anus 1 cm. - Luka berdarah dan terpasang tampon	Gangguan integritas Kulit	Faktor mekanis (Post <i>Hemoridektomi</i>)
3.	Subjektif: - Pasien mengatakan tidak dapat BAB selama 3 hari - Pasien mengatakan perut mulas tetapi feses tidak keluar - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat mengejan Objektif: - Peristaltik usus 7x/menit - Terdengar suara dullness di abdomen	Konstipasi	Kebiasaan menahan dorongan defekasi

Pasien 2 (Tn. E)			
No	Data	Masalah	Penyebab
1.	Subjektif : - Pasien mengatakan saat ini nyeri pada anusnya masih terasa membuatnya tidak nyaman untuk bergerak. - P : Saat ini klien mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi, cemas pasca operasinya tidak berhasil, - Q : Klien mengatakan anusnya seperti ditusuk-tusuk benda tajam - R : Anus. - S : skala nyeri 5 (1-10) - T : Klien mengatakan nyerinya semakin bertambah ketika klien mencoba untuk bergerak sehingga klien sangat berhati-hati ketika akan bergerak. Objektif : - Wajah tampak meringis - Pada anus terdapat luka bekas operasi dengan warna kemerahan, terdapat nyeri pada area anus. Luka pada anus mengelilingi lubang anus - Tekanan Darah: 120/80 mmHg	Nyeri akut	Agan pecedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i>

	- Nadi: 79x / menit - Pernafasan: 20x /menit - Suhu: 36,3°C - SPO2 : 99 %		
2.	Subjektif: - Pasien mengatakan saat ini nyeri pada anusnya Objektif: - Sesuai dengan catatan medis pasien, pada anus terdapat buka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan - Terdapat nyeri pada area anus. - Terpasang tampon di anus - Luka mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm.	Gangguan integritas kulit	Faktor mekanis (Post Hemoridektomi)
3.	Subjektif: - Pasien mengatakan lelah dan lemas - Pasien mengatakan tidak nyaman ketika beraktivitas - Pasien mengatakan pusing dan berkunang-kunang - Pasien mengatakan mual dan akan muntah jika memakan sesuatu Objektif: - Nadi pasien 79x - Tekanan darah 120/80 mmHg - HB: 10,3 - Aktivitas tampak	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan

	dibantu keluarga - Pasien tampak pucat - Akral teraba hangat - CRT < 2 detik		
--	---	--	--

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8
Diagnosa Keperawatan

Pasien	Diagnosa
Pasien 1	a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i> b. Gangguan integritas kulit b.d. faktor mekanis (Post hemoroidektomi) c. Konstipasi b.d. Kebiasaan menahan dorongan defekasi
Pasien 2	a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i> b. Gangguan integritas kulit b.d. faktor mekanis (Post hemoroidektomi) c. Intoleransi aktivitas b.d. kelemahan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9
Intervensi keperawatan

Pasien 1 (Tn. H)			Pasien 2 (Tn. E)		
Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Nyeri L.08066 menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun secara bertahap maksimal 5 - Meringis menurun secara bertahap maksimal 5 - Gelisah menurun secara bertahap dengan score maksimal 5 - Frekuensi nadi membaik secara bertahap dengan score maksimal 5	Manajemen Nyeri I.08236 Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau emosional yang berkaitan dengan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsiten. Tindakan : Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pecedera fisik : proses pembedahan <i>Hemoroidektomi</i>	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Tingkat Nyeri L.08066 menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun secara bertahap maksimal 5 - Meringis menurun secara bertahap maksimal 5 - Gelisah menurun secara bertahap dengan score maksimal 5 - Frekuensi nadi membaik secara bertahap dengan	Manajemen Nyeri I.08236 Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau emosional yang berkaitan dengan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsiten. Tindakan : Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

	- Pola napas membaik secara bertahap dengan score maksimal 5	- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologis (<i>Slow deep breathing</i>) untuk mengurangi nyeri. - Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. - Ajarkan teknik non farmakologis (<i>Slow deep breathing</i>) untuk mengurangi nyeri • Langkah 1: Posisi untuk Latihan Pernapasan		score maksimal 5 - Pola napas membaik secara bertahap dengan score maksimal 5	intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : - Berikan teknik non farmakologis (<i>Slow deep breathing</i>) untuk mengurangi nyeri. - Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. - Ajarkan teknik non farmakologis (<i>Slow deep breathing</i>) untuk mengurangi
--	--	---	--	--	---

		Posisikan tubuh Anda tegak di kursi atau setengah bersandar dengan bagasi Anda ditopang dengan baik. Latihan pernapasan dalam paling efektif saat Anda tegak dibandingkan dengan berbaring karena posisi tegak memberi ruang bagi paru-paru Anda untuk mengembang. • Langkah 2 : Teknik Pernapasan Hidung Tarik napas melalui hidung jika memungkinkan selama latihan ini. Pernapasan hidung meningkatkan relaksasi di pusat otak. • Langkah 3:			nyeri. • Langkah 1: Posisi untuk Latihan Pernapasan Posisikan tubuh Anda tegak di kursi atau setengah bersandar dengan bagasi Anda ditopang dengan baik. Latihan pernapasan dalam paling efektif saat Anda tegak dibandingkan dengan berbaring karena posisi tegak memberi ruang bagi paru-paru Anda untuk mengembang. • Langkah 2 : Teknik Pernapasan Hidung Tarik napas melalui hidung jika memungkinkan
--	--	---	--	--	--

		Kecepatan Pernapasan Perlambat kecepatan pernapasan Anda. Pernapasan cepat dangkal dan terkait dengan kecemasan dan stres. Penelitian (1) menyarankan pernapasan pada 9-10 napas per menit adalah tingkat pernapasan yang paling efektif untuk menghilangkan stres dan meningkatkan relaksasi. Tarik napas perlahan - Teknik Pernapasan Diafragma Letakkan tangan Anda di sekitar bagian bawah tulang rusuk dan perut bagian atas dengan ujung jari			selama latihan ini. Pernapasan hidung meningkatkan relaksasi di pusat otak. Langkah 3: Kecepatan Pernapasan Perlambat kecepatan pernapasan Anda. Pernapasan cepat dangkal dan terkait dengan kecemasan dan stres. Penelitian (1) menyarankan pernapasan pada 9-10 napas per menit adalah tingkat pernapasan yang paling efektif untuk menghilangkan stres dan meningkatkan relaksasi. Tarik napas perlahan - Teknik
--	--	---	--	--	--

		ke-3 bersentuhan. Tarik napas perlahan sehingga tulang rusuk Anda melebar ke luar dan ujung jari Anda menjauh. Tarik napas perlahan dan dalam untuk mendapatkan udara ke dasar paru-paru tempat pertukaran udara terjadi. Menghembuskan napas Untuk menghembuskan napas biarkan udara secara pasif meninggalkan paru-paru Anda. Menghembuskan napas melibatkan rekoil pasif tulang rusuk dan paru-paru. Rasakan tubuh Anda rileks saat Anda			Pernapasan Diafragma Letakkan tangan Anda di sekitar bagian bawah tulang rusuk dan perut bagian atas dengan ujung jari ke-3 bersentuhan. Tarik napas perlahan sehingga tulang rusuk Anda melebar ke luar dan ujung jari Anda menjauh. Tarik napas perlahan dan dalam untuk mendapatkan udara ke dasar paru-paru tempat pertukaran udara terjadi. Menghembuskan napas Untuk menghembuskan napas biarkan udara secara pasif meninggalkan paru-paru Anda.
--	--	--	--	--	---

		mengeluarkan napas. Kolaborasi : - Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu.			Menghembuskan napas melibatkan rekoil pasif tulang rusuk dan paru-paru. Rasakan tubuh Anda rileks saat Anda mengeluarkan napas. Kolaborasi : - Kolaborasi dalam pemberian analgetik jika perlu.
Gangguan integritas kulit b.d. faktor mekanis (post hemoroidektomi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit L.14125 meningkat dengan kriteria hasil : Kerusakan lapisan kulit menurun secara bertahap dengan score maksimal 5	Perawatan luka (I.14564) Definisi: Perawatan luka adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka. Tindakan: Observasi - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda	Gangguan integritas kulit b.d. faktor mekanis (post hemoroidektomi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit L.14125 meningkat dengan kriteria hasil : Kerusakan lapisan kulit menurun secara bertahap dengan score maksimal 5	Perawatan luka (I.14564) Definisi: Perawatan luka adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka. Tindakan: Observasi - Monitor karakteristik

		infeksi Terapeutik - Lakukan perawatan luka Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu			luka - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lakukan perawatan Luka Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Konstipasi (D0049) b.d. Kebiasaan menahan dorongan defekasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi fekal L.03033 membaik dengan kriteria hasil : - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun secara bertahap dengan	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Definisi: Manajemen eliminasi fekal adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal Tindakan	Intoleransi aktivitas (D.0056) b.d. kelemahan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas L.05047 meningkat dengan kriteria hasil : - Keluhan lelah menurun secara bertahap dengan score maksimal	Manajemen energi (I.05178) Definisi: Manajemen energi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan

	score maksimal 5 - Mengejan saat defekasi menurun secara bertahap dengan score maksimal 5 - Konsistensi feses membaik secara bertahap dengan score maksimal 5 - Frekuensi BAB membaik secara bertahap dengan score maksimal 5 - Peristaltik usus membaik secara bertahap dengan score maksimal 5	Observasi - Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) - Monitor tanda dan gejala konstipasi Terapeutik - Berikan air hangat setelah makan - Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien - Sediakan makanan tinggi serat Edukasi - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi		5 - Frekuensi nadi membaik secara bertahap dengan score maksimal 5	dan mengoptimalkan proses pemulihan. Tindakan: Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
--	--	--	--	---	---

		- Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas - Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat - Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu			Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10
Implementasi Keperawatan

Implementasi Pasien 1		Implementasi Pasien 2	
Tanggal : 20 Juni 2023		Tanggal : 26 Juni 2023	
14.30	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Menjelaskan strategi meredakan nyeri. - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>Slow deep breathing</i>)	14.30	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Menjelaskan strategi meredakan nyeri. - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
16.00	- Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian nutrisi diit tinggi kalori dan protein	16.00	- Berkolaborasi pemberian obat Keterolac 30 mg/8 jam Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam
18.00	- Memonitor buang air besar - Memonitor tanda dan gejala konstipasi - Menjelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus	16.00	- Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian nutrisi diit tinggi kalori dan protein
		18.00	- Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang

20.00	- Mengajukan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Mengajukan meningkatkan asupan cairan - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian nutrisi yang mengandung tinggi serat - Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien - Memberikan air hangat setelah makan - Berkolaborasi pemberian obat: Keterolax 30mg/8jam Ceftriaxone 1gr/12 jam	19.00	- mengakibatkan kelelahan - Memonitor pola dan jam tidur - Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Mengajukan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
Tanggal : 21 Juni 2023		Tanggal : 27 Juni 2023	
14.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Memantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i>	08.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal - Memantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i>
16.00	- Mengajukan pasien belajar untuk duduk bertahap - Berkolaborasi pemberian obat (Keterolac 30mg/8jam)	08.30	- Mengajukan pasien belajar untuk duduk bertahap - Berkolaborasi pemberian obat: Keterolac :30mg/8 jam Ceftriaxone: 1gr/12 jam Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam
16.00	- Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melakukan perawatan luka - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian nutrisi diit tinggi kalori dan protein	09.00	- Memonitor karakteristik luka - Memonitor tanda-tanda infeksi - Melepaskan tampon - Melakukan perawatan luka - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang pemberian nutrisi diit tinggi kalori dan protein
18.00	- Memonitor buang air besar - Memonitor tanda dan gejala konstipasi - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang makanan tinggi serat - Memberikan air hangat setelah makan		- Memonitor kelelahan fisik

		11.00	- Memonitor kelelahan fisik - Memonitor pola dan jam tidur - Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
--	--	-------	--

5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11
Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

Nama Pasien 1 : Tn.H
Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tuliskan nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	20 Juni 2023 20.00	S: - Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian anus yang dioperasi tetapi sudah lebih nyaman dari sebelumnya. Pasien mengatakan nyeri skala 4 dengan tingkat nyeri sedang diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i>. Pasien mengatakan nyeri berkurang jika dalam posisi tidur miring. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika banyak bergerak - Pasien mengatakan lukanya masih mengeluarkan darah dan anusnya masih terasa nyeri - Pasien mengatakan masih belum BAB O: - Terdapat luka post hemoroidektomi di anus - Terdapat tampon pada anus - Keluhan nyeri cukup menurun (4), meringis cukup menurun (4), kesulitan tidur cukup menurun (4).	Manajemen Nyeri: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Pantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i> - Anjurkan pasien belajar untuk duduk bertahap - Kolaborasi pemberian obat (Keterolac 30mg/8jam) Perawatan Luka: - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lakukan perawatan luka - Kolaborasi dengan ahli gizi terkait makanan tinggi kalori dan protein	

		- Pasien dapat mempraktekkan Teknik <i>slow deep breathing</i> yang sudah diajarkan. - TTV - TD : 133/88 mmHg - Nadi : 86 x/menit - RR : 21 x/menit - Suhu : 36,6°C - Pasien tampak berbaring dan aktivitas masih dibantu keluarga - Pasien mendapatkan diit biasa - Telah masuk obat: Keterolax 30mg/8 jam Ceftriaxone 1gr/12 jam Terpasang infus RL/8jam - Kondisi luka pasien: Pada anus terdapat buka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang tampon di anus. Luka tampak mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm. - Pasien masih belum BAB, bising usus 7. Terdengar suara dullness di abdomen	Manajemen Eliminasi Fekal : - Monitor buang air besar - Monitor tanda dan gejala konstipasi - Sediakan makanan tinggi serat - Berikan air hangat setelah makan - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi - Berkolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan makanan - Anjurkan meningkatkan asupan cairan	
--	--	--	--	--

		A: - Nyeri Akut - Gangguan integritas kulit - Konstipasi P: Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri Perawatan Luka Manajemen Eliminasi Fekal		
--	--	---	--	--

Nama Pasien 1 : Tn.H
 Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
 Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	21 Juni 2023 20.00	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post op berkurang. Pasien mengatakan lebih tenang. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 3 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i>. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika banyak bergerak dan sudah mulai belajar untuk duduk sedikit-sedikit - Pasien mengatakan lukanya masih mengeluarkan darah, pasien mengatakan tidak demam - Pasien mengatakan sudah bisa BAB pagi ini, masih sakit ketika mengejan, saat BAB masih mengeluarkan darah O : - Terdapat luka post hemoroidektomi - Meringis sedang (3), gelisah sedang (3), kesulitan tidur sedang (3) - Pasien terlihat rileks - Pasien tampak menggunakan terapi <i>slow deep breathing</i> ketika nyeri muncul - TTV TD : 126/82 mmHg Nadi : 84 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,2°C - Kondisi luka pasien: Luka berwarna merah tua. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang pad untuk mengalasi luka. Luka tampak	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Pantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i> - Kolaborasi pemberian obat Ketorolac 30mg/8jam Ceftriaxone: 1gr/12 jam Perawatan Luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lakukan perawatan luka - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang makanan tinggi kalori dan protein	

		mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm. - Pasien sudah BAB. Tampak BAB berwarna coklat dan bercampur darah A : Nyeri akut Gangguan integritas kulit Konstipasi teratasi P : Manajemen Nyeri Perawatan Luka		
--	--	---	--	--

Nama Pasien 1 : Tn.H
 Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
 Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tuliskan nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	22 Juni 2023 14.00	S : - Pasien mengatakan nyeri pada bagian anus berkurang - Pasien mengatakan lebih tenang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i> - Pasien mengatakan luka operasi masih ada, sedikit mengeluarkan darah, pasien mengatakan tidak merasa panas di sekitar luka, pasien mengatakan tidak demam O : - Terdapat luka post hemoroidektomi - Pasien terlihat rileks - Pasien terlihat melakukan Teknik <i>slow deep breathing</i> setiap kali nyeri muncul - TTV TD : 122/80 mmHg Nadi : 78 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,3°C - Kondisi luka sedikit mengeluarkan darah, luka berwarna merah tua. Terpasang pad untuk mengalasi luka. Luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm.	<i>Discharge Planning</i> - Perawatan luka - Edukasi minum obat - Beri tahu untuk jadwal kontrol ulang Anjurkan Pasien mempertahankan Teknik <i>slow deep breathing</i> untuk mengurangi nyeri ketika nyeri muncul	

		A : Nyeri akut Gangguan integritas kulit P : Kondisi saat perawatan hari terakhir pasien: - Skala nyeri 2 - Masih terdapat luka post operasi di area anus - TTV dalam rentang normal TD : 122/80 mmHg Nadi : 78 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,3°C - Dilanjutkan untuk perawatan di rumah		
--	--	--	--	--

Nama Pasien 2 : Tn. E
 Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
 Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tuliskan nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	26 Juni 2023 20.00	S : - Pasien mengatakan luka post op pada bagian anus masih terasa nyeri - Pasien mengatakan nyeri skala 5 dengan tingkat nyeri sedang diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika luka tertekan dan Pasien masih takut untuk banyak bergerak - Pasien mengatakan masih sedikit cemas - Pasien mengatakan lukanya masih mengeluarkan darah - Pasien mengatakan tidurnya masih sering terbangun - Pasien mengatakan masih mual dan mau muntah ketika makan - Pasien mengatakan masih pusing dan kadang berkunang-kunang, pasien mengatakan lemas dan lelah O : - Terdapat luka <i>post</i> hemoroidektomi di bagian anus - Keluhan nyeri menurun (5) - Meringis menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Kesulitan tidur menurun (5) - Pasien biasa menjawab manfaat dari teknik <i>slow deep breathing</i> - TTV TD : 128/85mmHg	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Pantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i> - Anjurkan pasien belajar untuk duduk bertahap - Kolaborasi pemberian obat: Keterolac : 30mg/8 jam Perawatan Luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lepaskan tampon - Lakukan perawatan luka - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Kolaborasi pemberian obat: Ceftriaxone: 1gr/12 jam	

		Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36.9°C - Kondisi luka: warna kemerahan. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang tampon di anus. Luka tampak mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm. - Pasien tampak tirah baring dan aktivitas dibantu keluarga, pasien tampak pucat - Telah diberikan obat: Keterolac :30mg/8 jam Ceftriaxone: 1gr/12 jam Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam A : Nyeri Akut Gangguan integritas kulit Intoleransi aktivitas P: Lanjutkan Intervensi - Manajemen nyeri - Perawatan luka - Manajemen energi	Manajemen Energi - Monitor kelelahan fisik - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan - Kolaborasi pemberian obat: Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam	
--	--	--	--	--

Nama Pasien 2 : Tn. E
 Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
 Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	27 Juni 2023 14.00	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post op berkurang - Pasien mengatakan lebih tenang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 3 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i> - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika luka tertekan jadi Pasien berhati-hati dalam bergerak - Pasien mengatakan tidak demam atau panas di area luka - Pasien mengatakan lukanya masih mengeluarkan darah - Pasien mengatakan kadang masih pusing dan lemas O : - Terdapat luka <i>post op Hemorrhoidectomy</i> - Keluhan nyeri sedang (3) - Meringis sedang (3) - Gelisah sedang (3) - Kesulitan tidur sedang (3) - Pasien terlihat rileks - Pasien mempraktekkan terapi <i>slow deep breathing</i> ketika nyeri uncul - TTV TD : 118/80 mmHg Nadi : 80 x/menit RR : 20 x/menit	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Pantau teknik relaksasi <i>slow deep breathing</i> - Kolaborasi pemberian obat: Keterolac :30mg/8 jam Ceftriaxone: 1gr/12 jam Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam Perawatan Luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi - Lakukan perawatan luka - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang diit makanan tinggi kalori dan protein - Kolaborasi pemberian obat: Ceftriaxone: 1gr/12 jam Manajemen energi - Memonitor kelelahan fisik	

		Suhu : 36,1°C - Telah diberikan obat: Keterolac :30mg/8 jam Ceftriaxone: 1gr/12 jam Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam - Kondisi luka: warna merah tua. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang pad. Luka tampak mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm. - Pasien tampak tirah baring dan aktivitas dibantu keluarga, pasien tampak pucat, akral hangat A : Nyeri Akut Gangguan integritas kulit Intoleransi aktivitas P: Lanjutkan Intervensi - Manajemen nyeri - Perawatan luka - Manajemen energy	- Memonitor pola dan jam tidur - Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan - Kolaborasi pemberian obat: Ondancetrone:4mg/12 jam Ranitidine: 50mg/12jam	
--	--	--	--	--

Nama Pasien 2 : Tn. E
 Dx. Medis : Post Op Hemoroidektomi
 Ruang : Rawat inap bedah

Profesional Pemberi Asuhan	Jam Evaluasi	HASIL ASESMEN PASIEN & PEMBERI PELAYANAN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	Instruksi PPA termasuk instruksi pascabedah (instruksi ditulis dengan rinci)	Review dan Verifikasi DPJP (tulis nama, paraf tanggal dan jam)
Perawat Adek Yunita Sari	28 Juni 2023 14.00	S : - Pasien mengatakan nyeri pada luka post op berkurang - Pasien mengatakan lebih tenang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument <i>NRS (Numeric Rating Scale)</i> - Pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas dan pusing - Pasien mengatakan darah yang keluar dari anusya sedikit O : - Terdapat luka <i>post Hemoroidektomi</i> pada bagian anus - Terdapat tampon di bagian anus - Pasien terlihat rileks - Pasien menggunakan <i>terapi slow deep breathing</i> ketika nyeri muncul - TTV - TD : 110/78 mmHg - Nadi : 78 x/menit - RR : 20 x/menit - Suhu : 36,3°C - Telah diberikan obat: - Keterolac : 30mg/8 jam - Ceftriaxone: 1gr/12 jam - Ondancetrone: 4mg/12 jam - Ranitidine: 50mg/12jam - Kondisi luka: warna merah tua. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang pad. Luka tampak mengeluarkan darah sedikit dan luka	<i>Discharge Planning</i> - Perawatan luka - Edukasi minum obat - Beri tahu untuk jadwal kontrol ulang - Anjurkan Pasien menerapkan Teknik <i>slow deep breathing</i> dirumah ketika nyeri muncul	

		pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm. - Pasien tampak tidak pucat dan bisa beraktivitas mandiri A : Nyeri Akut Gangguan integritas kulit Intoleransi aktivitas P : Kondisi saat perawatan hari terakhir pasien: - Skala nyeri 2 - Masih terdapat luka post operasi di area anus - TTV dalam rentang normal TD: 110/78 mmHg Nadi : 78 x/menit RR: 20 x/menit Suhu : 36,3°C - Dilanjutkan untuk perawatan di rumah		
--	--	--	--	--

C. Pembahasan

Pembahasan ini akan membahas tentang asuhan keperawatan gangguan nyeri akut dengan intervensi *slow deep breathing* yang dilakukan di RSUD Dr. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan dilaksanakan pada 20-28 Juni 2023. Asuhan keperawatan ini meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan pada pasien post hemoroidektomi.

1. Pengkajian

Pengkajian asuhan keperawatan ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan hasil rekam medik pasien. Pengkajian pada pasien pertama Tn. H memiliki usia 42 Tahun, jenis kelamin laki-laki didapatkan hasil pasien masuk dari poli ke ruang rawat inap bedah dengan keluhan sudah tiga bulan merasakan nyeri saat BAB serta sering berdarah dan terdapat benjolan di anus. Pada saat dilakukan pemeriksaan dokter spesialis bedah, Pasien dianjurkan untuk melakukan operasi pada anusnya. Lalu pada tanggal 20 Juni Pasien dilakukan operasi hemoroidektomi. Saat dikaji pasien pertama pasien mengeluhkan susah tidur, dan merasa tidak nyaman di anusnya. Pasien mengatakan anusnya terasa pedih, dan berdenyut. Skala nyeri 4. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di anus terasa terus menerus dan bertambah semakin nyeri ketika Pasien banyak bergerak. Saat pengkajian pasien tampak meringis

Pasien kedua ditemukan data pasien datang ke RS pada 25 Juni 2023 dan dilakukan pengkajian pada 26 Juni 2023 pukul 18.00 didapatkan data pasien Tn. E berumur 47 Tahun dengan jenis kelamin laki-laki pasien mengeluh nyeri pada bagian anus setelah dioperasi. Pasien mengatakan anusnya seperti ditusuk-tusuk benda tajam. Skala nyeri 5. Pasien mengatakan nyerinya semakin bertambah ketika Pasien mencoba untuk bergerak sehingga pasien sangat berhati-hati ketika akan bergerak. Saat pengkajian pasien tampak meringis.

Dilakukan pengkajian pada pasien pertama pukul 14.00 dan pasien post op 6 jam dengan skala nyeri 4 dan pasien kedua dilakukan pengkajian pukul 14.00 post op 5 jam didapatkan skala nyeri 5. Menurut penelitian yang ditulis oleh Fartkan, et al. (2018) mengatakan bahwa waktu pemulihan pasien post operasi membutuhkan rata-rata 72,25 menit, sehingga pasien akan mengalami nyeri yang hebat pada 2 jam pertama setelah operasi akut akibat pengaruh anestesi yang hilang (Fatkan, et al., 2018)

Sesuai dengan teori nyeri dapat dirasakan pasien dengan post hemoroid akibat dari adanya trauma jaringan dan terputusnya kontinuitas jaringan hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tri Utami & Ganik Sakitri (2020), menyatakan bahwa nyeri pasca bedah disebabkan karena adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan dari prosedur pembedahan yaitu luka (insisi), sehingga merangsang mediator-mediator zat kimia nyeri. Post operasi membuat kulit terbuka dan terluka sehingga impuls nyeri di timulus ke saraf sensori dan teraktivasi lalu di 90 transmisikan ke kornus posterior di korda spinalis, kemudian saraf aferen akan menyampaikan persepsi nyeri ke otak. Rohmani (2018) juga mengatakan salah satu penyebab nyeri post hemoroidektomi yaitu pemasangan tampon dalam kanalis analis di 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan operasi. Tampon yang terpasang menyebabkan spasme internal karena adanya tekanan dan regangan di saraf perifer di kanalis analis.

Ada potensi perbedaan penting antara jenis kelamin dalam persepsi dan pengalaman nyeri. Ada juga anggapan bahwa laki-laki dan perempuan berbeda sehubungan dengan bagaimana mereka menanggapi intervensi pengobatan. Meskipun penelitian ini menunjukkan bahwa ada perbedaan penting dalam pengalaman nyeri antar jenis kelamin, ada juga variabilitas yang cukup besar dalam jenis kelamin yang perlu diperhitungkan. Selain itu, sementara seks dapat berfungsi sebagai faktor risiko penting sehubungan dengan nyeri. Hasil

penelitian yang menunjukkan bahwa laki-laki mengalami intensitas nyeri lebih tinggi daripada wanita (Wijaya, 2015)

Penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2015) disebutkan bahwa semakin tua usia responden semakin tinggi intensitas nyeri pasien, berarti ada hubungan yang signifikan antara usia responden dengan intensitas nyeri pasien pasca bedah (Wijaya, 2015)

Pasien pertama Tn. H ditemukan data kondisi luka pasien: Pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan dan bengkak. Terdapat nyeri pada area anus. Luka pada anus mengelilingi lubang anus, kurang lebih luka yang tampak di sekeliling anus 1 cm. Luka tampak berdarah dan terpasang tampon.

Pasien kedua ditemukan luka post hemoroidektomi dengan warna kemerahan. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang tampon di anus. Luka tampak mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm.

Pengkajian integumentnya ditemukan, klien post hemoroidektomi akan ditemukan kelainan integument karena 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 (Asda, 2019).

Pasien pertama masih belum BAB selama 3 hari. Suara bising usus 7x/menit dan Terdengar suara dullness di abdomen. Menurut teori, pada pasien dengan hemoroidektomi di dalam pengkajian terdapat keengganan untuk BAB sehingga terjadi konstipasi. Pada pasien post operasi hemoroidektomi pola istirahat tidurnya akan terganggu hal ini berkaitan dengan rasa nyeri pada daerah anus. Pada pasien dengan hemoroidektomi biasanya juga ditemukan auskultasi bising usus pada akan menurun lebih dari 6-7 kali/menit, pada perkusi abdomen akan terdengar bunyi dullness (Asda, 2019).

Pasien kedua didapatkan bahwa pasien tampak pucat dan HB 10.3. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ediyanto 2018 menyebutkan bahwa anemia pada pasien post hemoroidektomi muncul

karena adanya perdarahan merah segar yang terjadi saat defekasi akan menyebabkan anemia kronis dan bahkan keadaan hemoglobin dapat mencapai 4g/dl (Ediyanto, 2018)

Data-data yang ditemukan di dalam pengkajian baik pada pasien pertama dan pasien kedua sama seperti teori yang telah disampaikan sebelumnya.

2. Diagnosis

Diagnosis yang ditemukan pada asuhan keperawatan 2 pasien post hemoroidektomi meliputi: pasien pertama nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan konstipasi. Sedangkan, pada asuhan keperawatan pasien kedua didapatkan nyeri akut, gangguan integritas kulit, serta intoleransi aktivitas.

Nyeri akut pada Tn H ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada anusnya setelah dilakukan operasi sehingga membuat Pasien sulit tidur. P: Nyeri bertambah ketika Pasien banyak bergerak berkurang ketika Pasien beristirahat. Q: Anus terasa pedih dan berdenyut. T : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di anus terasa terus menerus dan bertambah semakin nyeri ketika Pasien banyak bergerak. Pasien tampak menahan nyeri ketika ingin bergerak, meringis. S: Pasien mengatakan skala nyeri 4 dengan tingkat nyeri sedang diukur dengan instrument NRS (*Numeric Rating Scale*). Tekanan Darah: 140/90 mmhg. Nadi: 86 x/menit. Pernafasan: 20x/menit. Suhu: 36oC. SPO2: 98%. Terdapat luka bekas operasi berwarna merah dan bengkak pada anus yang terpasang tampon.

Nyeri akut pada Tn. E ditandai dengan pasien mengatakan saat ini nyeri pada anusnya masih terasa membuatnya tidak nyaman untuk bergerak. P : Nyeri bertambah ketika pasien bergerak dan berkurang ketika Pasien beristirahat. Q : Pasien mengatakan anusnya seperti ditusuk-tusuk benda tajam serta sulit untuk duduk setelah operasi dan aktivitasnya dibantu keluarga. R : Nyeri yang dirasakan terpusat di bagian anus. S : Skala nyeri 5 (1-10) nyeri sedang diukur dengan instrument NRS (*Numeric Rating Scale*). T : Pasien mengatakan

nyerinya semakin bertambah ketika Pasien mencoba untuk bergerak sehingga pasien sangat berhati-hati ketika akan bergerak. Pasien tampak meringis, cemas operasi gagal, takut untuk bergerak. Tekanan Darah: 120/80 mmHg. Nadi: 79x / menit. Pernafasan: 20x /menit Suhu: 36,3oC. SPO2 : 99 %.

Hasil analisis sebelumnya, menetapkan diagnosis keperawatan prioritas pada Tn. H dan . E yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*post hemoroidektomy*) (D.0077) ditandai dengan keluhan nyeri meningkat, meringis meningkat, gelisah meningkat, kesulitan tidur meningkat, frekuensi nadi meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Nyeri akut pada Pasien Tn. H dan Tn. E *post Hemoroidektomi* tanda gejala yang muncul sama seperti sumber dari Tim Pokja SDKI PPNI (2017) yaitu terdapat tanda gejala mayor dan minor nyeri akut antara lain: mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri serta diaphoresis. Diagnosis ini dapat diambil jika data sudah memenuhi 80% dari kriteria (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Etiologi yang dikemukakan oleh Tim Pokja SDKI PPNI (2017) didapatkan bahwa nyeri akut memiliki 3 etiologi yaitu agen pencedera fisik, agen pencedera kimia, agen pencedera fisiologi. Dalam hal ini pasien *post hemoroidektomi* memiliki etiologi agen pencedera fisik dikarenakan terjadi eksisi pada area anus.

Nyeri akut pada Tn. H dan Tn. E disebabkan karena Pasien telah dilakukan tindakan Hemoroidektomi. Hemoroidektomi bedah pengangkatan wasir dengan metode stapling atau eksisi. Pada stapled hemoroidektomi, sebagian wasir akan diambil dan sisanya distaple atau dijepit ke saluran anus, sedangkan hemoroidektomi eksisi dilakukan dengan memotong jaringan wasir dan menutup bekas luka (*hemoroidektomi terbuka*) atau menjahit bekas luka

(hemoroidektomi tertutup). Pada kasus tertentu, kondisi keduanya dapat dilakukan (Linda et al., 2018).

Nyeri yang ditemukan pada pasien post hemoroidektomi sejalan dengan pendapat Rohmani (2018) bahwa nyeri disebabkan oleh adanya stimulus mekanik akibat kerusakan jaringan dari prosedur pembedahan yaitu luka (insisi), yang membuat kulit terbuka dan terluka sehingga menstimulus impuls nyeri ke saraf sensori dan teraktivasi ditransmisikan ke kornu posterior di korda spinalis. Saraf aferen akan menyampaikan persepsi nyeri ke otak sehingga akan merangsang mediator-mediator zat kimiadari nyeri (Rohmani et al., 2018).

Menurut PAMI (2017), etiologi dari nyeri adalah sebagai berikut: etiologi mendasar (berupa nociceptive mekanisme hasil cedera langsung dari rangsangan berbahaya), peradangan (mekanisme hasil pelepasan mediator yang mengontrol masukan noisepatif contohnya tahap akhir penyembuhan luka bakar, neuritis, dan radang sendi), neuropati (mekanisme hasil cedera langsung pada saraf yang menyebabkan perubahan pada transmisi sensorik contohnya neuropati diabetes, neuropati perifer nyeri, dan neurologis pasca herpes), idopatik (mekanisme belum diketahui contohnya nyeri punggung kronis tanpa trauma sebelumnya).

Pasien Tn H dan Tn. E etiologi dari nyeri dikarenakan trauma yang merupakan adanya sayatan pasca operasi yang dapat merangsang nyeri. Nyeri setelah post op *Hemoroidektomi* termasuk dalam katagori nyeri sedang (Caecilia & Pristahayuninngtyas, 2016). Akibat nyeri yang tidak adekuat, 75% pasien mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan dan pasien mengalami nyeri hebat setelah pembedahan (operasi). Ketika pasien mengeluh nyeri, mereka hanya ingin menghilangkan rasa nyeri yang mereka rasakan (Lubis, 2019).

Penelitian (Ediyanto K.A et al., 2018) menyatakan tindakan pembedahan *Hemoroidektomi* menyebabkan rasa nyeri yang hebat setelahnya, sehingga membutuhkan pengolaan nyeri yang lebih baik. Apabila nyeri tidak segera ditangani maka dapat berpengaruh pada

fisiologis, psikologis dan perilaku dari seseorang tersebut dan dapat menghambat proses pemulihan Pasien. Berdasarkan data pengkajian yang didapatkan disimpulkan bahwa nyeri yang terjadi pada Tn. H atau Tn. E telah sesuai dengan teori dan jurnal terkait.

Masalah kedua yang ditemukan pada pasien Tn. H dan Tn. E yaitu gangguan integritas kulit. Data yang didapatkan dari Tn. H yaitu pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan dan bengkak. Terdapat nyeri pada area anus. Luka pada anus mengelilingi lubang anus, kurang lebih luka yang tampak di di sekeliling anus 1 cm. Luka tampak berdarah dan terpasang tampon.

Sedangkan pada Tn. E data yang mendukung yaitu pada anus terdapat luka bekas operasi hemoroidektomi dengan warna kemerahan. Terdapat nyeri pada area anus. Terpasang tampon di anus. Luka tampak mengeluarkan darah dan luka pada anus mengelilingi lubang anus dengan lebar 1 cm.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) gangguan integritas kulit dan jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen. Tanda dan gejala mayor yang dapat mendukung diagnosis ini ialah untuk data objektif adanya Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit. Tanda dan gejala minor, data objektifnya yaitu ada nyeri, perdarahan, kemerahan, dan hematoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah ketiga pasien Tn. H yaitu Konstipasi, data yang mendukung yaitu pasien mengatakan tidak dapat BAB selama 3 hari, pasien mengatakan perut mulas tetapi feses tidak keluar, pasien mengatakan nyeri bertambah saat mengejan, dan peristaltik usus 10x/menit.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Dengan tanda dan gejala mayor subjektifnya yaitu Defekasi kurang

dari 2 kali seminggu, Pengeluaran fases lama dan sulit Feses keras. Objektifnya Peristaltik usus menurun. Gejala dan Tanda Minor Subjektifnya yaitu Mengejan saat defekasi objektifnya Distensi abdomen, Kelemahan umum, Teraba massa pada rektal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah ketiga pada pasien kedua yaitu Tn. E adalah intoleransi aktivitas dimana data yang mendukung yaitu subyektif: pasien mengatakan lelah dan lemas, pasien mengatakan tidak nyaman ketika beraktivitas, pasien mengatakan pusing dan berkunang-kunang, pasien mengatakan mual dan akan muntah jika memakan sesuatu. Objektif: Nadi pasien 79x, tekanan darah 120/80 mmHg, HB: 10,3, pasien tampak tirah baring, aktivitas tampak dibantu keluarga, pasien tampak pucat, akral teraba hangat, CRT<2 detik

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) intoleransi aktivitas ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Tanda dan gejala mayor untuk subjektifnya yaitu mengeluh lelah, objektifnya, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat. Gejala dan tanda minor subjektifnya yaitu dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah. Objektifnya yaitu tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah yang muncul pada pasien post hemoroidektomi baik Tn. H ataupun Tn. E telah sesuai dengan teori yang ditulis oleh Alda (2019) masalah yang mungkin muncul yaitu : nyeri, ansietas, konstipasi, intoleransi aktivitas, resiko syok hipovolemik, dan resiko infeksi (Asda, 2019).

3. Intervensi

Terdapat dua intervensi keperawatan untuk mengatasi nyeri yang dialami pada pasien pembedahan yaitu dapat dilakukan dengan pendekatan farmakologi dan pendekatan non farmakoterapi (Rustini et. Al, 2022). Pendekatan farmakologi merupakan pendekatan kolaborasi antar dokter dan perawat yang menekankan pada pemberian obat mampu menghilangkan sensasi nyeri.

Penerapan intervensi kepada kedua pasien baik Tn. H maupun Tn. E dilakukan selama 3 hari. Semua pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun. Intervensi yang disusun pada kedua pasien telah sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) untuk *outcome*-nya. Intervensi untuk diagnosis pada Tn. H dan Tn. E adalah manajemen nyeri. Dalam mengatasi nyeri intervensi yang diajarkan yaitu *slow deep breathing*. Penerapan *slow deep breathing* menggunakan pedoman video yang diperagakan oleh Kenway (2020).

Sejalan dengan penelitian yang dikemukakan oleh Tamrin (2019) bahwa *slow deep breathing* merupakan salah satu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan Pasien bagaimana cara menarik nafas dalam nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri teknis nafas dalam dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi dalam darah (Tamrin et al., 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Delyka, dkk (2022) menyatakan bahwa teknik *slow deep breathing* dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme dengan merelaksasikan otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik (Deluka et al, 2022)

Berdasarkan penelitian Sumardi et al., (2019) menunjukkan bahwa teknik *slow deep breathing* dalam mampu menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi fraktur, nafas dalam merupakan tindakan yang disadari untuk mengatur pernafasan secara dalam yang dapat menimbulkan efek relaksasi, menurunkan nyeri, ketegangan otot, hipertensi, gangguan pernafasan dan lain-lain.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Rustini et al., 2022) yang berjudul efektifitas relaksasi *slow deep breathing* dan relaksasi benson terhadap penurunan intensitas nyeri post SC dimana setelah dilakukan intervensi *slow deep breathing* terjadi penurunan intensitas nyeri dari 15 responden yang mengalami nyeri berat menjadi nyeri sedang 11 responden dan nyeri ringan 4 responden.

Penelitian Rampeang et. Al, (2014) yang berjudul pengaruh teknik relaksasi dan distraksi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien post op di ruang irna A tas RSUP Prof. DR. R. D Kandou Manado didapatkan dari 15 responden sebelum dilakukan Teknik relaksasi didapatkan sebagian besar responden mengalami intensitas nyeri lebih nyeri yaitu sebanyak 6 orang (40%), intensitas nyeri sedikit lebih nyeri sebanyak 4 orang (26,7%). Intensitas nyeri sangat nyeri 3 orang (20%) dan intensitas nyeri sedikit nyeri sebanyak 2 orang (13,3 %). Setelah dilakukan intervensi responden menyatakan tidak mengalami nyeri dan tidak ada responden yang mengalami intensitas nyeri sangat nyeri dan intensitas lebih nyeri (Rampengan et al., 2014). Hasil yang didapatkan oleh penulis di RSUD Dr. H Abdoel Moeloek Bandar Lampung juga terjadi penurunan skala nyeri yang signifikan. Hal ini sesuai dengan teori dan riset terdahulu mengenai pemberian terapi *slow deep breathing* terhadap intensitas nyeri pasien post operasi.

Pemberian terapi *slow deep breathing* Tn. H dan Tn. E dengan diagnosis post op *Hemoroidektomi* dengan masalah nyeri akut yang

dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 20-22 Juni 2023 dan 26-28 Juni 2023.

Masalah kedua pasien Tn. H dan Tn. E yaitu kerusakan integritas kulit, dalam hal ini intervensi yang disusun sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) yaitu perawatan luka. Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari diharapkan integritas jaringan meningkat dan kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan standar luaran adalah elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun, hematoma menurun, pigmentasi abnormal menurun, jaringan parut menurun, nekrosis menurun, suhu kulit membaik, sensasi membaik, tekstur membaik. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Pada masalah ketiga pasien pertama Tn. H yaitu konstipasi, intervensi yang disusun sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dimana untuk mengatasi konstipasi ini dilakukan manajemen eliminasi fekal, intervensi ini dilakukan dengan tujuan eliminasi fekal membaik dengan kriteria keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi bab membaik, peristaltik usus membaik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Sedangkan pada masalah ketiga pasien kedua Tn. E adalah Intoleransi aktivitas, intervensi yang disusun sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) yaitu manajemen energi dimana intervensi ini bertujuan agar toleransi aktivitas pasien meningkat dengan kriteria hasil keluhan lelah menurun dan frekuensi nadi membaik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan teori yang diambil berdasarkan intervensi yang telah dirumuskan kepada kedua pasien.

Pada kedua pasien dilakukan manajemen nyeri dan diajarkan *slow deep breathing*.

Asuhan Keperawatan ini peneliti berfokus melakukan implementasi untuk mengatasi nyeri akut pada Tn. H dan Tn. E yaitu dengan teknik *Slow Deep Breathing*. Pelaksanaan implementasi teknik *Slow deep breathing* pada Pasien dilakukan berpedoman pada hasil penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya oleh Tamrin, et al 2019, Aprina et al 2018, Rustini & Tridiyawati, 2022 serta dan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) dengan mengkombinasikan dari video yang diperagakan oleh Kenway (2020). Dalam asuhan ini juga menggunakan SIKI yaitu manajemen nyeri .

Pemberian *terapi slow deep breathing* untuk mengurangi intensitas nyeri post op hemoroidektomi yang dilakukan pada Pasien, dikarenakan dari hasil pengkajian, didapatkan bahwa keluhan utama Pasien nyeri pada luka post operasi. Setelah dilakukan pemberian *Teknik slow deep breathing* peneliti selalu melakukan penilaian skala nyeri. Fokus peneliti dalam studi kasus ini yaitu melakukan implementasi teknik non farmakologis dengan mengajarkan Teknik *slow deep breathing* untuk mengurangi nyeri, namun pada proses pelaksanaannya Pasien juga mendapatkan beberapa intervensi tambahan untuk menyelesaikan masalah keperawatan, seperti berkolaborasi pemberian analgesik (ketorolac 1 Amp/Iv).

Implementasi pada kerusakan integritas kulit yaitu mengkaji luka. Luka dikaji berdasarkan karakteristik. Pengkajian yang tepat akan membantu dalam menentukan tindakan selanjutnya dan perawatan luka ini bertujuan untuk mencegah kontaminasi yang dapat memperburuk kondisi luka (Mubarak et al., 2015). Hasil dari semua tindakan dalam implementasi keperawatan akan dirangkum menjadi suatu hasil dalam evaluasi. Pada gangguan integritas kulit ini dilakukan kolaborasi yaitu pemberian antibiotik ceftriaxone 1gr/12 jam. Antibiotik adalah golongan senyawa antimikroba yang mempunyai efek menekan atau menghentikan suatu proses biokimia

pada organisme, khususnya dalam proses infeksi oleh bakteri. Penggunaan antibiotik khususnya berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan penyakit infeksi.

Implementasi pada diagnosis ketiga telah dilakukan sesuai dengan pedoman yaitu untuk konstipasi dilakukan manajemen eliminasi fekal dan untuk intoleransi aktivitas dilakukan manajemen energi. Pada diagnosis intoleransi aktivitas pasien mengalami keluarnya darah secara terus-menerus melalui anus dan HB pasien 10.3. Implementasi tambahan yang diberikan yaitu pemberian ondansetrone dan ranitidine. Hal tersebut bertujuan agar mual dan muntah yang disebabkan oleh kurangnya darah di tubuh dapat diatasi.

5. Evaluasi

Evaluasi awal pasien pertama yaitu tanggal 20 Juni 2023 diketahui bahwa pasien mengatakan nyeri pada anusnya setelah dilakukan operasi sehingga membuat pasien sulit tidur. Nyeri bertambah ketika pasien banyak bergerak berkurang ketika pasien beristirahat. Anus terasa pedih dan berdenyut. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di anus terasa terus menerus dan bertambah semakin nyeri ketika Pasien banyak bergerak. Pasien tampak menahan nyeri ketika ingin bergerak, meringis. Pasien mengatakan skala nyeri 4 dengan tingkat nyeri sedang diukur dengan instrumen NRS (Numeric Rating Scale) setelah diberikan relaksasi *slow deep breathing*. Tekanan Darah: 133/88 mmhg. Nadi: 86 x/menit. Pernafasan: 21x/menit. Suhu: 36.6 °C. SPO2: 98%. Terdapat luka bekas operasi berwarna merah dan bengkak pada anus yang terpasang tampon.

Hasil evaluasi pada 22 Juni 2023 diketahui bahwa Tn. H mengatakan Pasien mengatakan nyeri pada bagian anus berkurang, Pasien mengatakan lebih tenang, Pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument *NRS (Numeric Rating Scale)*. Terdapat luka *post Hemoroidektomi*. Pasien terlihat rileks. Pasien terlihat melakukan Teknik *slow deep breathing* setiap

kali nyeri muncul. Tekanan Darah : 122/80 mmHg. Nadi : 78 x/menit. RR : 20 x/menit. Suhu : 36,3°C

Pemberian terapi *slow deep breathing* pada Tn E dengan diagnosis *post op* hemoroidektomi dengan masalah nyeri akut yang dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 26-28 Juni 2023.

Pada awal pengkajian yaitu tanggal 26 Juni 2023 diketahui bahwa Pasien mengatakan saat ini nyeri pada anusnya masih terasa membuatnya tidak nyaman untuk bergerak. Nyeri bertambah ketika Pasien bergerak dan berkurang ketika Pasien beristirahat. Pasien mengatakan anusnya seperti ditusuk-tusuk benda tajam serta sulit untuk duduk setelah operasi. Nyeri yang dirasakan terpusat di bagian anus. Skala nyeri 5 (1-10) nyeri sedang diukur dengan instrument NRS (*Numeric Rating Scale*). T : Pasien mengatakan nyerinya semakin bertambah ketika pasien mencoba untuk bergerak sehingga Pasien sangat berhati-hati ketika akan bergerak. Pasien tampak meringis, cemas operasi gagal, takut untuk bergerak. Tekanan Darah: 120/80 mmHg. Nadi: 79x / menit. Pernafasan: 20x /menit Suhu: 36,3oC. SPO2 : 99 %.

Hasil evaluasi pada 28 Juni 2023 diketahui bahwa Tn. E mengatakan Pasien mengatakan nyeri pada luka post op berkurang, pasien mengatakan lebih tenang, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2 tingkat nyeri ringan diukur dengan instrument NRS (*Numeric Rating Scale*), pasien terlihat rileks, pasien menggunakan *terapi slow deep breathing* ketika nyeri muncul. Tekanan darah : 110/78 mmHg. Nadi 78 x/menit. Pernafasan :20 x/menit. Suhu: 36,3°C`. Hal tersebut menunjukkan bahwa pemberian terapi *slow deep breathing* berpengaruh terhadap intensitas nyeri pasien *post op Hemoroidektomi*.

Respon kedua pasien pada hari terakhir asuhan keperawatan dengan penerapan *slow deep breathing* terjadi penurunan skala nyeri yang signifikan selama perawatan selama 3 hari. Hal tersebut menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang dilakukan melalui

tindakan kolaborasi dan mandiri serta penerapan *slow deep breathing* kepada pasien berhasil.

Hasil evaluasi untuk diagnosis kedua Tn, H dan Tn, E yaitu masalah integritas kulit belum teratasi maka dari itu pasien diajarkan untuk melakukan perawatan luka setelah diizinkan untuk pulang.

Sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Suriadi (2018) bahwa penyembuhan luka post op hemoroidektomi juga dipengaruhi oleh usia, nutrisi, insufensi vascular, infeksi, ekrosis, adanya benda asing pada luka dan suplai darah (Suriadi, 2018).

Diagnosis ketiga pasien Tn. H yaitu konstipasi telah tertasi dalam waktu 2 hari perawatan, hal ini dikarenakan terdapat beberapa faktor yang mempermudah proses defekasi meliputi proses perkembangan, diet, cairan, aktivitas, kebiasaan defekasi, obat-obatan, kondisi patologi, nyeri, dan proses pembedahan.

Diagnosis ketiga pasien Tn, E yaitu intoleransi aktivitas didapatkan hasil bahwa pasien sudah tidak merasa lemas dan lemah, pasien dapat beraktivitas secara mandiri, dan pasien sudah tidak terlihat pucat. Intoleransi aktivitas yang terjadi ini disebabkan oleh anus pasien yang mengeluarkan darah secara terus menerus selama proses defekasi. Maka dari itu saat proses perawatan diperhatikan dengan sangat ketat terutama pada pola makan pasien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien pertama dan kedua didapatkan data pasien satu dan pasien 2 pada umumnya sama. Perbedaan yang didapatkan adalah pada skala nyeri. Pada pasien pertama ditemukan adanya luka post operasi dan pasien menjadi takut untuk mengejan sehingga mengalami konstipasi. Sedangkan pada pasien kedua ditemukan luka juga dan pasien mengalami kekurangan darah dikarenakan memiliki riwayat perdarahan saat masih memiliki hemoroid.
2. Hasil diagnosis yang ditemukan pada kedua pasien terdapat perbedaan dimana diagnosis yang didapatkan pada pasien pertama yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan konstipasi. Sedangkan, pasien kedua didapatkan diagnosis nyeri akut, gangguan integritas kulit, dan intoleransi aktivitas.
3. Pelaksanaan intervensi yang dilakukan pada pasien pertama yaitu manajemen nyeri (*slow deep breathing*), perawatan luka, dan manajemen eliminasi fekal. Pada pasien kedua intervensinya adalah manajemen nyeri (*slow deep breathing*), perawatan luka, dan manajemen energy.
4. Implementasi yang dilakukan ialah pada pasien pertama yaitu manajemen nyeri (*slow deep breathing*), perawatan luka, dan manajemen eliminasi fekal. Pada pasien kedua intervensinya adalah manajemen nyeri (*slow deep breathing*), perawatan luka, dan manajemen energi. Dalam semua tindakan yang telah disusun tidak semua dapat dilakukan dilihat dari kondisi pasien serta saat melakukan tindakan dilihat dari prioritas masalah yang haru segera ditangani.
5. Evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan pada pasien pertama dan kedua terjadi penurunan skala nyeri sesuai dengan Standar

Luaran Indonesia yang berbunyi keluhan nyeri menurun. Pada pasien pertama gangguan integritas kulit belum teratasi, pasien diedukasi untuk perawatan luka dan konstipasi teratasi setelah 2 hari perawatan post operasi. Pada pasien kedua gangguan integritas kulit belum teratasi, pasien diedukasi untuk perawatan luka dan intoleransi aktivitas teratasi.

B. Saran

Adapun saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan antara lain:

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan pemberian terapi *slow deep breathing* untuk mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi lainnya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan laporan asuhan keperawatan ini dapat menjadi masukan dan bahan informasi yang dapat meningkatkan pemahaman mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada penanganan nyeri akut pada Pasien *post op Hemoroidektomi* dan diharapkan hasil lapoaran tugas akhir ini dapat memperkaya literatur perpustakaan.

3. Bagi RSUD Dr. H Abdul Moeloek Bandar Lampung

Diharapkan intervensi pemberian *slow deep breathing* berdasarkan SOP dalam asuhan keperawatan ini dapat digunakan saat pemberian asuhan keperawatan pada pasien post op untuk mengurangi nyeri.