

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Identitas Klien

Nama	: An. W	No. RM	: 069315
Umur	: 17 tahun	Tgl. MRS	: 31/03/2022
Jenis Kelamin	: Perempuan	Diagnosa	: Hemoroid
Suku/Bangsa	: Bali/Indonesia		Internal Great 2
Agama	: Hindu		
Pekerjaan	: Pelajar		
Pendidikan	: SMA		
Gol. Darah	: B		
Alamat	: Mekar Jaya, Putra Rumbia		
Tanggungan	: BPJS		

A. Riwayat Praoperatif

1. Pasien mulai dirawat tgl : 31/03/2022 pk1 : 13:15 Ruang : RPU
2. Ringkasan hasil anamnese preoperatif :

Pasien sebelumnya pernah datang ke RS Bhayangkara untuk melakukan pemeriksaan kesehatan untuk mendaftar polisi lalu ditemukan benjolan pada anus. Menurut pasien benjolan di anus ada sejak \pm 3 bulan yang lalu. Diameter benjolan \pm 2cm. Pada tanggal 31/03/2022 pasien kembali melakukan pemeriksaan di poli. Kemudian dari hasil pemeriksaan Poli pasien dijadwalkan operasi pada tanggal 01/04/2022 pukul 09:45. Pasien kemudian mulai dirawat inap pada tanggal 31/03/2022 pukul 13:15 di ruang RPU. Saat dikaji di ruang rawat inap sehari sebelum operasi, pasien mengatakan cemas karena ini adalah pertama kali pasien dirawat di RS dan melakukan operasi. Pasien takut operasi tidak berjalan lancar dan terasa sakit. Raut wajah pasien tegang dan gelisah. Pasien tampak menanyakan tentang prosedur operasi yang akan ia jalani.

3. Hasil pemeriksaan fisik

- a. Tanda- tanda vital, Tgl : 01/04/2022 Jam : 09:45 WIB
Kesadaran : Composmentis GCS : 15 (E4M6V5) Orientasi : Baik
Suhu : 36,5 C Tensi : 110/80mmHg Nadi : 108x/menit RR : 22x/menit

- b. Pemeriksaan Fisik

Kepala & Leher :

Normal, tidak ada lesi, kepala simetris, tidak ada ketombe, rambut hitam, pupil isokor, konjungtiva anemis, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan vena

jugularis dan kelenjar tiroid, tidak ada pernafasan cuping hidung, wajah sedikit pucat.

Thorax (jantung & paru) :

I: Normal, tidak ada jejas, pengembangan dada simetris, ictus cordis tidak tampak

P: Getaran paru kanan dan kiri seimbang, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba normal

P: Suara paru sonor diseluruh lapang paru, suara jantung pekak, batas jantung normal

A: Suara jantung S1 dan S2 reguler tanpa danya bunyi jantung tambahan, terdengasr bunyi paru vesikuler tanpa adanya bunyi paru tambahan

Abdomen :

I: Tidak ada luka, tidak aada asites, tidak ada benjolan, tidak ada stretchmark

A: Bising usus 10x/menit

P: Suara timpani

P: Tidak ada nyeri tekan pada 4 kuadran, tidak ada pembesaran hepar

Ekstremitas (atas dan bawah) :

Ekstermitas atas : pasien terpasang infus RL pada tangan sebelah kiri tidak tampak lesi tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot 5

Ekstermitas bawah: Normal, simetris kanan dan kiri, tidak ada atrofi/hipertrofi, kekuatan otot 5

Genetalia & Rectum :

Genetalia: Normal, tidak ada kelainan, tidak ada keputihan

Rectum : Terdapat benjolan ± 3 bulan yang lalu, diameter 2 cm, sifat benjolan masuk saat dibantu didorong oleh jari (grade 2) nyeri skala 2, nyeri saat BAB saja, nyeri ringan

Pemeriksaan lain (spesifik) :

Tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang :

a. ECG Tgl: 31/03.2022

Jam : 12:00

Hasil : Normal Sinus Rythm

b. X- Ray Tgl : 31/03/2022

Jam : 12:37

Hasil : Normal, tidak ada pembesaran kardiomegali

Skeletal yang tervisualisasi tidak ada kelainan

c. Hasil laboratorium, Tgl : 31/03/2022 Jam : 13:00

Hasil :

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	11,3	Lk: 14-18 gr% Pr: 12-16 gr%
Hematokrit	36	Lk: 40-54% Pr: 38-47%
Eritrosit	4,8	Lk: 4,6-6,2 jt ul Pr: 4,2-5,4 jt ul
MCV	80	80-96 fl
MCH	26	27-31 pg
MCHC	33	32-36 g/dl
Leukosit	10.500	4.500-10.700 ul
Basoil	0	0-1%
Eosinofil	8	1-3%
Neutrofil batang	2	2-6%
Neutrofil segmen	51	50-70%
Limfosit	33	20-4-%
Monosit	6	2-8%
Trombosit	259.000	159-400 rb ul
Masa pembekuan (CT)	10	9-15 menit
Masa perdarahan (BT)	3	1-7 menit

d. Pemeriksaan lain:

Hasil : Tidak ada

Skala Nyeri menurut NRS (Numeric Rating Scale)



Gambar 4.1 Skala Nyeri

P: Nyeri akibat benjolan pada anus

Q: Nyeri ringan

R: Nyeri pada daerah anus

S: Nyeri skala 2

T: Nyeri saat BAB saja

4. Prosedur khusus sebelum pembedahan

Tabel 4.2 Prosedur khusus sebelum pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tdk	Waktu	Keterangan
1	Tindakan persiapan psikologis pasien	✓		31/03 17:00	Pasien diberi dukungan oleh keluarga dan medis
2	Lembar informed consent	✓		31/03 17:00	Dilakukan inform concent sebagai tanda persetujuan
3	Puasa	✓		01/04 00:00	Pasien puasa dalam 8-9 jam
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)		✓		
5	Pembersihan saluran pencernaan (lavement / Obat pencahar)	✓		01/04 06:30	Pasien diberi obat pencahar
6	Pengosongan kandung kemih		✓		
7	Transfusi darah		✓		
8	Terapi cairan infuse	✓		31/03 13:00	Pasien terpasng infus RL 20tpm
9	Penyimpanan perhiasan, asesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	✓		01/04 09:45	Melepas perhiasan diruang pre op
10	Memakai baju khusus operasi	✓		01/04 0:47	Pasien memakai baju ok diruang pre op

6. Pemberian obat-obatan :

a. Obat Premedikasi (diberikan sebelum hari pembedahan)

Tabel 4.3 Obat Premedikasi

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
31/03	Anbacim	Antibiotik	2x1 gr	IV
31/03	RL	Cairan kristaloid	500 ml, 20 tpm	IV
31/03	Permanganas Kalikus	Antiseptik	2 gr	Kutanea

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

Tabel 4.4 Obat Pra-pembedahan

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
01/04	Anbacim	Antibiotik	2x1 gr	IV
01/04	Frutolit	Cairan kristaloid	500ml, 20tpm	IV

7. Pasien dikirim ke ruang operasi:

Tgl: 01/04 Jam :09:45 ✓Sadar □Tidak sadar

Ket:Pasien datang keruang operasi diantar keluarganya menggunakan kursi roda. Kesadaran pasien composmentis GCS 15.

Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

5. Pemberian obat anestesi Regional Lokal General

Tabel 4.6 Obat Anestesi

Tgl / jam	Nama Obat	Dosis	Rute
01/04 09:51	Bupivcaine HCL	5ml	Spinal
01/04 09:52	Fentanyl	100 mcg	IV
01/04 09:53	Ondansentron	4 mg	IV

6. Tahap – tahap / kronologis pembedahan :

Tabel 4.7 Tahap Pembedahan

Waktu/tahap	Kegiatan
09:50	1. Persiapan operasi
09:51	2. Atur posisi litotomi, selanjutnya dilakukan spinal anestesi dan dilakukan pemasangan alat untuk memonitor saturasi, tensi dan nadi. Pada kaki terpasang negatif plat bagian atas, dan dilakukan tindakan aseptik
09:55	3. Seluruh tim mencuci tangan dan menggunakan gown
09:59	4. Pasien diberi tahu bahwa operasi akan segera dimulai
10:00	5. Melakukan desinfeksi diarea anus
10:03	6. Desinfeksi menggunakan alkohol 70% dengan cara melingkar searah jarum jam
10:07	7. Desinfeksi yang kedua menggunakan betadine 10%
10:09	8. Pemasangan duk steril dibawah pantat
10:11	9. Melakukan dropping dengan 4 duk sedang, 3 kecil dan 1 duk besar
10:12	10. Time out dipimpin perawat sirkuler
10:13	11. Benang degul dijepit dengan pean dan dipertahankan dari luar
10:14	12. Memberikan kocher untuk memegang hemoroid dari 4 sisi
10:16	13. Memberikan bisturi untuk melakukan insisi didasar hemoroid
10:18	14. Dilakukan pengupasan tumpul serta tajam untuk mengangkat hemoroid dari tepi luar bagian subkutis spingter anus
10:20	15. Dilakukan kontrol perdarahan, injeksi asam tranexamat 250mg IV
10:22	16. Mukosa dasar hemoroid diklem lalu diantara dua klem digunting setahap setahap sampai hemoroid diangkat
10:24	17. Perawat sirkuler melakukan sign out

10:25	18. Dilakukan heating hemoroidalis dengan benang Vicryl no 4-0
10:26	19. Dilakukan heating kulit dengan mukosa Vicryl no 4-0 mengelilingi anus
10:28	20. Memasang tampon berisi olesan betadine dan salep kulit kemicitine
10:29	21. Memasukkan obat supp analgetik deketoprofen 100mg 2 buah
10:30	22. membersihkan luka dengan betadine 10%
10:31	23. dibersihkan dengan kassa yang diberi Nacl dan dikeringkan dengan kassa kering
10:32	24. ditutup dengan kassa kering lalu diberi hipafix
10:33	25. membuka duk bolong dan duk klem, kembalikan pasien ke posisi supinasi
10:34	26. Ganti cairan infus, drip dexetoprofen 50mg dan tramadol 50 mg ke dalam RL
10:35	27. Membersihkan alat dan dekontaminasi dengan klorin selama 10 mnt lalu diberi sabun dan dibilas serta dikeringkan kemudian disterilkan
10:37	28. Pasien dipindahkan ke RR

7. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

- Pemberian oksigen
- Pemberian suction
- Resusitasi jantung
- Pemasangan drain
- Pemasangan intubasi
- Transfusi darah
- Lain – lain: Tidak ada

8. Pembedahan berlangsung selama 45 menit

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

Tidak ada komplikasi saat pasien berada diruang operasi

C. POST OPERASI

1. Pasien pindah ke :
Pindah ke PACU/ICU/PICU/NICU, jam 10:37 WIB
2. Keluhan saat di RR/PACU : Pasien merasa menggigil dan kedinginan, pasien sedikit pucat. Pasien masih dalam pengaruh spinal anastesi
3. Air Way :
Tidak ada sumbatan jalan nafas, suara nafas vesikuler, tidak ada sekret pada jalan nafas
4. Breathing :
Tidak ada keuhan sesak nafas, RR 20x/mnt, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, SPO2 99%

5. Sirkulasi :
 TD 100/70mmHg, N 86x/menit, CRT <2detik, Suhu 35,4C, akral dingin,
 nadi teraba lemah, bibir pucat.
6. Observasi Recovery Room
 Steward Scor Aldrete Scor Bromage Score

ALDRETE SCORING (DEWASA)

Tabel 4.8 Aldrete Scoring

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	WarnaKulit - Kemerahan / normal - Pucat - Cianosis	2 1 0	
2.	AktifitasMotorik - Gerak 4 anggotatubuh - Gerak 2 anggotatubuh - Tidakadagerakan	2 1 0	
3.	Pernafasan - Nafasdalam, batukdantangiskuat - Nafasdangkaldanadekuat - Apnea ataunafastidakadekuat	2 1 0	
4.	Tekanan Darah - \pm 20 mmHg dari pre operasi - 20 – 50 mmHg dari pre operasi - + 50 mmHg dari pre operasi	2 1 0	
5.	Kesadaran - Sadar penuh mudah dipanggil - Bangun jika dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0	

KETERANGAN

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

BROMAGE SCORE

Tabel 4.9 Bromage Scoring

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1	Dapat mengangkat tungkai bawah	0	
2	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	1

3	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	
4	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	

KETERANGAN

➤ Pasien dapat di pindah kebangsal, jika score kurang dari 2

STEWARD SCORE UNTUK PASCA ANASTHESI ANAK

Tabel 4.10 Steward Scoring

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

KETERANGAN

Score ≥ 5 boleh keluar dari RR

7. Keadaan Umum : Baik Sedang Sakit berat

8. Tanda Vital Suhu 35,4°C , Frekuensi nadi 86 x/mnt,
Frekuensi napas 20x/mnt, Tekanan darah 100/70mmHg,
Saturasi O₂ : 99%

9. Kesadaran : CM Apatis Somnolen
 Soporos Coma

10. Balance cairan

Tabel 4.11 Balance cairan

Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
<input type="checkbox"/> Oral	500 cc	<input checked="" type="checkbox"/> Urine	800 cc
<input type="checkbox"/> Enteral		<input type="checkbox"/> Muntah	
<input checked="" type="checkbox"/> Parenteral	1500 cc	<input checked="" type="checkbox"/> IWL	750 cc
<input type="checkbox"/> ...		<input checked="" type="checkbox"/> Perdarahan	150 cc
Jumlah	2000cc	Jumlah	1700cc

Pengobatan

RL 20 tpm IV

Dexetoprofen 3x25mg IV

Anbacim 2x1gr IV

Catatan penting lain

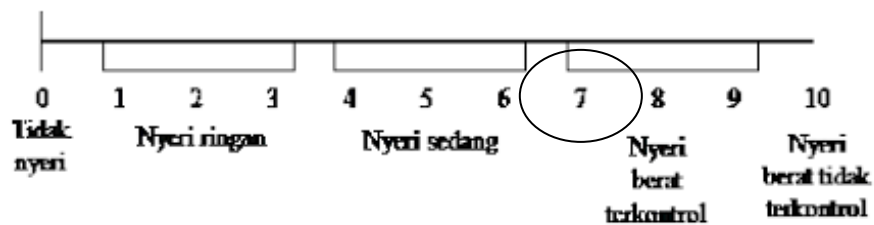
Tidak ada, pasien boleh minum sedikit sedikit dengan air hangat

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

Tabel 4.12 Survey Sekunder

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala	✓		
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen	✓		
Genitalia		✓	Terdapat luka post op hemoroidektomy pada anus, diameter luka sekitar 2cm
Integumen		✓	Terdapat luka post op hemoroidektomy pada anus, diameter luka sekitar 2cm. Luka sudah dijahit dan ditutup dengan kassa steril.
Ekstremitas	✓		

Skala Nyeri menurut NRS (Numeric Rating Scale)



Gambar 4.2 Skala Nyeri

P: Pasien mengeluh nyeri pasca operasi hemoroidektomi

Q: nyeri berat

R: nyeri pada area anus

S: skala nyeri 7

T: nyeri berlangsung terus menerus

I. ANALISA DATA

Tabel 4.13 Analisa Data

Data Subyektif & Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Pre Operasi</p> <p>DS: -Pasien mengatakan cemas karena ia baru pertama kali dirawat di RS dan melakukan operasi -Pasien mengatakan khawatir apakah operasi akan berjalan lancar atau tidak -Pasien merasa bingung dengan prosedur operasi yang akan ia jalani - Pasien menanyakan prosedur operasi yang akan dilakukan -Pasien menanyakan apa yang terjadi setelah operasi selesai</p> <p>DO: -Pasien tampak gelisah -Pasien tampak tegang - Pasien beberapa kali tampak meremas remas tangannya -Pasien sulit tidur -TTV: Suhu : 36,5 C Tensi : 110/80mmHg Nadi : 108x/menit RR : 22x/menit</p>	<p>Ansietas</p>	<p>Krisis situasional</p>
<p>Intra Operasi</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dilakukan pembedahan pada area regio anorektal - Pada area operasi terdapat banyak pembuluh darah - Jenis pembedahan Hemoroidektomy - Klien dengan spinal anastesi - Posisi klien litotomi - Wajah pucat - Konjungtiva anemis - Hemoglobin 11,3% - Hematokrit 36% - TTV: Suhu : 36,0 °C TD : 110/70mmHg, Nadi : 95x/menit RR : 21 x/menit 	<p>Resiko Perdarahan</p>	<p>Tindakan Pembedahan</p>

<p>Post Operasi (di RR/PACU)</p> <p>DS: -Klien mengatakan badannya terasa dingin</p> <p>DO: -Klien tampak menggigil</p> <ul style="list-style-type: none"> -Akral teraba dingin -Dilakukan spinal anastesi -Suhu tubuh 35,4C -Suhu ruangan 20C -Tubuh tampak pucat dan gemetar -TTV: TD 100/70mmHg, N 86x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 35,4C, SPO2: 99% 	<p>Hipotermia</p>	<p>Terpapar Suhu lingkungan rendah</p>
<p>DS: -Pasien mengeluh nyeri pasca operasi hemoroidektomi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nyeri berat -Nyeri pada area anus -Skala nyeri 7 -Nyeri berlangsung terus menerus <p>DO: -Pasien tampak meringis menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bersikap protektif terhadap luka pasca op - Pasien gelisah - Pasien sering terbangun pada malam hari -Pasien tidur malam 4-5 jam/hari, siang tidak bisa tidur - Nadi 105x/mnt 	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agen Pencedera Fisik</p>

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.14 Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre operasi	Ansietas	Krisis situasional
Intra Operasi	Resiko Perdarahan	Tindakan pembedahan
Post Operasi	Hipotermia	Terpapar suhu lingkungan rendah
	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik

III. INTERVENSI

Tabel 4.15 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1	Ansietas b.d Krisis situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun	Intervensi Utama -Reduksi Ansietas -Terapi Relaksasi Intervensi Pendukung -Persiapan Pembedahan -Teknik Distraksi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
2	Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x45 menit diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: 1. Perdarahan terkontrol 2. Denyut nadi 80-100x?m 3. Tekanan darah 120/80mmhg 4. Suhu tubuh 36,5-37,5C	Intervensi Utama -Pencegahan Perdarahan Intervensi Pendukung -Pemantauan Tanda Vital -Pemberian Obat

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
3	Hipotermia b.d Terpapar suhu lingkungan rendah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh 36,5-37,5C	Intervensi Utama -Manajemen Hipotermia Intervensi Pendukung -Manajemen Lingkungan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
4	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi 80-100x/m 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun	Intervensi Utama -Manajemen Nyeri Intervensi Pendukung -Kompres Dingin -Latihan Pernafasan -Pemberian Obat Intravena

IV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Tabel 4.16 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

TGL/JAM	IMPLEMENTASI	TGL/JAM	EVALUASI
31/03/22 19:02 WIB 19:05 WIB 19:10 WIB 19:15 WIB 19:20 WIB 19:25 WIB 19:35 WIB	Observasi: -Melihat raut wajah -Mengukur denyut nadi Terapetik: - Merendam hemoroid dengan Permanganas Kalikus dosis 2gr -Injeksi antibiotik Anbacim 2x1gr Edukasi -Menjelaskan prosedur operasi Hemoroidektomy -Menjelaskan tujuan dan manfaat teknik relaksasi nafas dalam -Mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi nafas dalam	31/03/22 20:00 WIB	S: -Pasien mengatakan cemas sudah berkurang -Pasien mengatakan sudah lebih tenang dan rileks dengan melakukan relaksasi nafas dalam -Pasien mengatakan sudah siap untuk operasi -Pasien mengatakan percaya dengn seluruh tim dikamar operasi akan melakukan tugas dengan baik -Pasien mengatakan tidak bingung lagi dan sudah memahami tentang prosedur operasi yang akan dilakukan O: -Ekspresi wajah pasien rileks -Pasien tidak terlihat tegang dan gelisah lagi -Pasien sudah tidak meremas tangannya lagi -Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam -TTV: Suhu : 36,1 C Tensi : 110/70mmHg Nadi : 95x/menit RR : 21x/menit A: Ansietas b.d Krisis situasional P: - Monitor tanda tanda ansietas (raut wajah, denyut nadi) -Anjurkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam

TGL/JAM	IMPLEMENTASI	TGL/JAM	EVALUASI
01/04/22 10:15 WIB 10:18 WIB 10:25 WIB 10:20 WIB 10:28 WIB	<p>Observasi: -Mencatat jumlah perdarahan -Mengukur nadi dan tekanan darah</p> <p>Terapeutik: -Melakukan penghentian perdarahan dengan ESU</p> <p>Kolaborasi: -Memberikan obat pengontrol perdarahan asam tranexamat 250mg IV</p> <p>-Memasang tampon berisi olesan betadine dan salep kulit kemicitine</p>	01/03/22 10:45 WIB	<p>S: -</p> <p>O: - Perdarahan intraoperatif ± 150cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan tidak masif - Hemoglobin 11,2% - Hematokrit 36% - TTV: Suhu : 35,4 °C TD : 100/70mmHg, Nadi : 86x/menit RR : 20 x/menit - Wajah pucat - Konjungtiva anemis - Pasien mengalami tindakan post op hemoroidektomi <p>A: Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan</p> <p>P: -Monitor nilai hemoglobin/hematokrit saat diruang rawat -Memonitor nadi dan tekanan darah</p>

TGL/JAM	IMPLEMENTASI	TGL/JAM	EVALUASI
01/04/22 10:45 WIB 10:50 WIB 10:53 WIB 10:55 WIB 11:00 WIB 11:05 WIB	Observasi: -Mengukur suhu tubuh -Meraba akral -Melihat pasien menggigil atau tidak - Mengidentifikasi suhu ruang operasi Terapeutik: -Memberikan selimut tebal Edukasi: -Menganjurkan makan/minum hangat	01/04/22 11:35 WIB	S: -Klien mengatakan dingin sudah berkurang O: -Klien berada diruang RR -Klien sudah diberi selimut -Akral teraba hangat -Klien sudah tidak menggigil -Suhu tubuh 36,0C -TTV: TD 100/70mmHg, N 89x/mnt, RR 20x/mnt, Suhu 36,5C, SPO2: 99%
			A: Hipotermia b.d Terpapar suhu lingkungan rendah
			P: -Monitor suhu tubuh (mis. terpapar suhu lingkungan rendah) -Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut, pakaian tebal, kompres hangat)

TGL/JAM	IMPLEMENTASI	TGL/JAM	EVALUASI
01/04/22 10:29 WIB 10:34 WIB	Kolaborasi: - Memberikan supp analgetik deketoprofen 100mg 2 buah -Drip dexetoprofen 50mg dan tramadol 50 mg ke dalam RL	02/04/22 12:00 WIB	S: -Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang -Nyeri sedang -Nyeri pada area anus -Skala nyeri 5 -Nyeri berlangsung hilang timbul
02/04/22 09:05 WIB 09:10 WIB	Observasi: -Mengukur skala nyeri post op Hemoroidektomi -Melihat ekspresi wajah		O: -Pasien tampak masih meringis menahan nyeri -Bersikap protektif terhadap luka pasca op - Gelisah berkurang - Pasien sudah bisa tidur - N 90x/mnt
09:15 WIB 09:20 WIB 09:30 WIB 09:45 WIB	Terapeutik: -Mengajarkan teknik non farmakologis tarik nafas dalam -Menganjurkan kompres dingin untuk meredakan nyeri -Melepas tampon dan perawatan insisi luka -Membersihkan luka dengan Nacl		A: Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik
09:25 WIB	Edukasi: -Menjelaskan penyebab nyeri post op Hemoroidektomi		P: Discrage planing -Perawatan luka -Menganjurkan kembali pasien untuk kontrol ulang -Memberikan edukasi tentang obat pulang
10:00 WIB	Kolaborasi: -Memberikan analgetik Dexetoprofen 3x25mg IV		

4.2 Pembahasan

Dalam BAB ini berisi pembahasan laporan asuhan keperawatan perioperatif terhadap An. W dengan tindakan Hemoroidektomi diruang operasi RS Bhayangkara Polda Lampung telah dilakukan pada tanggal 1 April 2021. Penulis membandingkan antara konsep teori dengan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama, mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya. Rencana keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan, mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Evaluasi merupakan perkembangan kesehatan pasien yang dapat dilihat dari hasilnya, tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwono dan Wartonah, 2015).

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan perioperatif pada An. W diruang operasi RS Bhayangkara Polda Lampung telah dilakukan pada tanggal 1 April 2021 dengan hasil analisa data di dapatkan beberapa masalah keperawatan baik dalam fase pre, intra, dan post operatif yang dijelaskan sebagai berikut :

4.2.1 Pre Operasi

Ansietas

Pengkajian pra operatif mencakup mengumpulkan dan menilai data-data klien yang spesifik untuk menentukan kebutuhan klien pra operatif dan post operatif. Keluhan fisik, patologik, dan sosial ditentukan selama pengkajian (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2016).

Ansietas merupakan kondisi emosi dari pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2018)..

Penelitian Muliana (2016) yang berjudul “Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Peningkatan Tekanan Darah Pada Pasien Pre Operasi Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) Di RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo”, mengemukakan bahwa kecemasan yang sangat berlebihan, akan membuat tidak siap secara emosional untuk menghadapi pembedahan, dan akan menghadapi masalah praoperatif seperti tertundanya operasi karena tingginya denyut nadi dan mempengaruhi palpasi jantung pasien akan mengalami tanda-tanda fisiologis seperti peningkatan tekanan darah.

Kecemasan merupakan sifat subjektif dan secara sadar disertai perangsangan sistem saraf otonom yang dapat meningkatkan tekanan darah, denyut jantung dan respirasi.

Dari teori tersebut dapat dijelaskan bahwa peningkatan tekanan darah merupakan respons fisiologis dan psikologis dari kecemasan. Kedua hal ini saling berhubungan sebagai dampak dari perubahan psikologis yang akan mempengaruhi fisiologis, begitu pula sebaliknya. Apabila pasien mengalami kecemasan maka akan berdampak pada peningkatan tekanan darah. Hal ini dikarenakan pusat pengaturan tekanan darah dilakukan oleh sistem syaraf, sistem humoral dan sistem hemodinamik.

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan digunakan referensi SDKI (2018), dimana gejala dan tanda mayor untuk diagnosa kecemasan secara subjektif adalah merasa bingung, merasa khawatir dengan kondisi yang akan dihadapi dan sulit berkonsentrasi, sedangkan untuk data objektifnya adalah tampak gelisah, tampak tegang, dan sulit tidur. Selain gejala dan tanda mayor ada juga gejala dan tanda minor yang ditandai dengan data subjektif seperti mengeluh pusing, anoreksia, palitasi, dan merasa tidak berdaya, sedangkan data objektifnya adalah frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, dan berorientasi pada masa lalu. Berdasarkan tanda dan gejala tersebut data yang diperoleh dari hasil pengkajian An. W pada fase pra operatif mendukung untuk diambilnya diagnosa ansietas.

Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang bisa menimbulkan kecemasan, oleh karena itu berbagai kemungkinan buruk bisa terjadi yang akan membahayakan pasien. Kecemasan berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani

pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan (Widyastuti, Yuli, 2015). Kinerja perawat yang optimal dan terintegrasi sangat diperlukan agar masalah keperawatan pada pasien pre operasi dapat teratasi dengan baik

Perencanaan harus juga menyertakan pasien dan orang terdekat. Lamanya periode praoperatif mempengaruhi asuhan pra operatif dan perencanaan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2016)

Rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SIKI untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Berdasarkan intervensi (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018), tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan.

Terapi relaksasi adalah teknik yang didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk di kursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang (Asmadi, 2019).

Terapi relaksasi memiliki berbagai macam yaitu latihan nafas dalam, masase, relaksasi progresif, imajinasi, *biofeedback*, yoga, meditasi, sentuhan terapeutik, terapi musik, serta humor dan tawa (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2016). Teknik relaksasi yang lebih dipilih untuk

menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Dalam terapannya terapi relaksasi nafas dalam lebih mudah dipelajari dan diterapkan oleh para pasien nantinya, serta keuntungannya menggunakan terapi nafas dalam ini adalah waktu dan dana yang dikeluarkan tidak terlalu banyak dibandingkan terapi relaksasi yang lain.

Hal ini didukung dengan penelitian Agung Octa Nihando Rokawie, Sulastri dan Anita (2017) dengan judul “Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen”, hasil penelitian diperoleh tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 54,59 (kecemasan sedang) dan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 49,56 (kecemasan ringan) dan terjadi penurunan sebesar 5,03. Sehingga dapat disimpulkan bahwa melakukan psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi bedah abdomen.

Implementasi yang telah dilakukan pada pasien pre operasi Hemoroidektomi atas indikasi Hemoroid dengan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu memonitor tanda-tanda ansietas, memonitor TTV, menganjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam menjelaskan prosedur tindakan termasuk sensasi yang mungkin dialami. Tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan yang direncanakan.

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya, tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

Berdasarkan asuhan keperawatan preoperatif terhadap An. W dengan tindakan hemoroidektomi atas indikasi hemoroid telah dilakukan evaluasi menggunakan komponen SOAP. Evaluasi tersebut bertujuan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Hasil evaluasi didapatkan Pasien mengatakan kekhawatiran berkurang, Pasien mengatakan sudah lebih tenang dan rileks dengan melakukan relaksasi napas dalam, Pasien mengatakan sudah mengerti tentang prosedur dan sensasi yang mungkin dialami, wajah pasien sudah tampak rileks, Pasien sudah tampak lebih tenang, Pasien beberapa kali tampak meremas-remas tangannya Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan yang telah diberikan

4.2.2 Intra Operasi

Resiko Perdarahan

Pada saat pasien masuk ke dalam unit bedah atau ruang prosedur bedah, perawat perioperatif mengonfirmasi identitas pasien dan mengkaji status fisik dan emosi pasien. Perawat memverifikasi informasi pada daftar tilik pra operatif dan mengevaluasi pengetahuan pasien mengenai pembedahan dan kejadian setelahnya. Respons pasien terhadap medikasi pra operatif dikaji, demikian juga penempatan dan kepatenan

selang jalur intravena, selang nasogastrik, dan kateter urine (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2016).

Menurut (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan, 2018) resiko perdarahan didefinisikan sebagai sesuatu yang beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) dengan beberapa faktor resiko yang berkaitan dengan hemoroid seperti efek agen farmakologis dan tindakan pembedahan, terdapat kondisi klinik terkait resiko perdarahan dalam masalah hemoroid dengan tindakan hemoroidektomi salah satunya yaitu varises dan tindakan pembedahan. Perdarahan didefinisikan sebagai kehilangan akut dari volume sirkulasi darah, menyebabkan penurunan pada *venous return* ke jantung. Penurunan *venous return* akan menyebabkan penurunan pengisian jantung dengan hasil penurunan pada volume akhir diastole. Volume akhir diastole menentukan pemanjangan serabut otot jantung saat akhir diastole, yang berkaitan dengan daya kontraktilitas otot jantung (hukum Starling), hasil akhir adalah penurunan dari daya kontraksi otot jantung yang menyebabkan volume sekuncup berkurang dan menurunkan curah jantung yang jika dibiarkan bisa menyebabkan kematian (Sauqi, 2019).

Kinerja perawat yang optimal dan terintegrasi sangat diperlukan agar masalah keperawatan pada pasien intra operasi dapat teratasi dengan baik

Tujuan utama keperawatan pada jenis pembedahan bedah digestif dengan kasus hemoroid adalah menurunkan resiko cedera, mencegah kontaminasi intra operasi dan optimalisasi hasil pembedahan (Muttaqin & Sari, 2013) . Sesuai dengan literatur bahwa jika perawat sudah menegakkan diagnosis

maka rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SDKI dan SIKI untuk menyelesaikan masalah keperawatan.

Berdasarkan intervensi SIKI (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018), tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) terdapat tujuan dari rencana keperawatan ini yaitu selama 1x30 menit dilakukan asuhan keperawatan dengan tindakan invasif diharapkan kehilangan volume darah tidak terjadi dengan beberapa kriteria hasil tanda-tanda perdarahan minimal dan perdarahan terkontrol.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartonah, 2015).

Implementasi yang telah dilakukan pada pasien intra operasi hemoroidektomi pada pasien praoperatif hemoroidektomi atas indikasi hemorid dengan diagnosa resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan, yaitu sebagai berikut : memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor tanda-tanda vital (TTV), membatasi tindakan invasif, melakukan manajemen perdarahan dengan menggunakan ESU sebagai koagulasi, melakukan kolaborasi dalam pemberian terapi cairan, melakukan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan dengan Asam Traneksamat 250mg jalur IV. Tindakan yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan yang direncanakan.

Perawat intraoperatif menggunakan tujuan yang disusun pada tahap perencanaan dan mengumpulkan data-data untuk

mengevaluasi pencapaian hasil yang diharapkan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2016). Berdasarkan asuhan keperawatan perioperatif terhadap An. W dengan tindakan Hemoroidektomi atas indikasi hemoroid telah dilakukan implementasi dan evaluasi. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan pada tindakan pembedahan yang telah diberikan dan pada evaluasi menggunakan komponen SOAP. Untuk rencana tindak lanjut saat di *recover room* maupun di ruang perawatan yaitu dengan monitor tanda dan gejala perdarahan post operatif, monitor tanda-tanda vital (Terhusus pemantauan nadi, tekanan darah serta saturasi oksigen), hindari konstipasi pada fase post operatif, hindari mengedan saat BAB pada fase post operatif, meminta pasien lapor jika terdapat keluhan batuk keberhasilan asuhan keperawatan yang penulis berikan yaitu masalah perdarahan dalam batas minimal. yang sering. Dari data evaluasi yang penulis dapatkan, keberhasilan asuhan keperawatan yang penulis berikan yaitu masalah perdarahan dalam batas minimal. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan yang telah diberikan

4.2.3 Post Operasi

Hipotermia

Pengkajian post operatif dilakukan secara sistematis mulai dari kepatenan jalan napas, saturasi oksigen, kepatenan ventilasi, status kardiovaskuler, tingkat kesadaran, adanya fungsi refleks protektif, aktivitas, kemampuan untuk menggerakkan ekstremitas, warna kulit, status cairan, kondisi areaoperatif, kepatenan dan karakter serta jumlah drainase dari kateter, slang dan drain,

ketidaknyamanan, mual, muntah serta keamanan (Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2016).

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial.

Menurut (PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan, 2018) resiko hipotermia perioperatif merupakan penurunan suhu tubuh dibawah batas rentang normal yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan. Hipotermia yang dirasakan salah satunya dapat terjadi akibat dari aktivitas otot yang menurun, usia yang lanjut atau agen obat-obatan yang digunakan seperti anestesi dan vasodilator serta suhu yang rendah di ruang operasi dengan suhu ruangan operasi pada ruang intalansi bedah sentral RS Bhayangkra Polda Lampung yaitu 20°C . Hampir semua jenis obat-obat anestesi mengganggu respon termoregulasi terutama penggunaan obat anestesi inhalasi yang akan menurunkan ambang vasokonstriksi dan menggigil, serta durasi tindakan anestesi inhalasi rata-rata diatas 1 jam mengakibatkan semakin lama terpapar oleh suhu ruangan yang dingin. Hipotermi dapat terjadi karena paparan suhu ruangan operasi yang rendah, hal ini dapat terjadi akibat dari perambatan antara suhu permukaan kulit dan suhu lingkungan. Hipotermia pasca anestesi memengaruhi penurunan metabolisme, obat anestesi yang mengakibatkan durasi anestesi lama dan waktu pulih sadar memanjang.

Kinerja perawat yang optimal dan terintegrasi sangat diperlukan agar masalah keperawatan pada pasien pasca operasi dapat teratasi dengan baik

Berdasarkan intervensi SIKI (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018), tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan. Menurut (PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) terdapat tujuan dari rencana keperawatan ini yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x15 menit diharapkan hipotermia teratasi dengan beberapa kriteria hasil menggigil berkurang, akral hangat, suhu batas normal ($36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$), CRT normal (3 detik), nadi dalam batas normal (80-100x/menit), pernafasan batas normal (12-20x/menit). Salah satu penanganan yang akan penulis lakukan pada pasien An. W dengan diagnosa keperawatan hipotermia post operasi agar tidak menggigil yang melebihi batas normal diantaranya dengan pemberian selimut. Hal tersebut didukung oleh penelitian (Listiyawati & Noriyanto, 2018) yang berjudul “efektifitas selimut elektrik dalam meningkatkan suhu tubuh pasien post operasi yang mengalami hipotermia”, penggunaan selimut elektrik lebih efektif terhadap peningkatan suhu tubuh pasien *post* operasi yang mengalami hipotermi ringan dibandingkan dengan penggunaan selimut kain. Penggunaan selimut elektrik menggunakan udara yang dipanaskan dan dialirkan melalui selang dan selimut (konveksi) menyebabkan kenaikan suhu tubuh sebagai akibat terpapar udara panas dan mencegah kehilangan panas tubuh sedangkan selimut kain tebal hanya membungkus atau melindungi pasien dari kehilangan panas yang lebih parah dan proses penghangatan hanya mengandalkan produksi panas dari dalam tubuh saja. Selimut hanya membantu mencegah keluarnya

panas yang telah diproduksi di dalam tubuh dan tidak terjadi perpindahan panas dari selimut kain tebal ke dalam tubuh pasien.

Hal tersebut didukung kembali oleh penelitian oleh (Suswitha, 2018) yang berjudul “Efektifitas Penggunaan Electricblanket pada Pasien Yang Mengalami Hipotermi Post Operasi Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari Tahun 2018” berdasarkan hasil penelitian terdapat perbedaan yang signifikan pada rata-rata waktu yang diperlukan untuk mencapai suhu pada rentang normal pada electricblanket dan selimut biasa, dimana nilai p-value yang diperoleh sangat jauh dibawah 0,05 (nilai signifikai output 0,000) berdasarkan hasil uji statistik independen t-test dengan equal variances assumed. Kemudian juga diketahui bahwa rata-rata waktu yang diperlukan untuk mencapai suhu tubuh pada rentang normal dengan menggunakan electricblanket adalah 15,9 menit dengan standar deviasi 1,5 menit lebih singkat dibandingkan dengan penggunaan selimut biasa yaitu 26,7 menit dengan standar deviasi 1,42 menit. Maka didapatkan selisih rata-rata waktu pada kedua kelompok adalah $26,7 - 15,9 = 10,8$ menit. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan waktu yang dibutuhkan electricblanket lebih cepat 10,8 menit daripada intervensi selimut biasa dalam meningkatkan suhu pasien.

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan, tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi (Tartowo & Wartolah, 2015). Setelah peneliti melakukan perencanaan tindakan keperawatan, peneliti melakukan implementasi sesuai dengan rencana tindakan keperawatan pascaoperasi yang dibuat berdasarkan kebutuhan An. W dengan indikasi hemoroid . Implementasi yang telah dilakukan pada pasien pacaoperatif hemoroidektomi atas

indikasi hemorid dengan diagnosa hipotermia b.d terpapar suhu lingkungan rendah dengan manajemen hipotermia. Manajemen hipotermia didukung dengan beberapa tindakan seperti, memonitor suhu tubuh, mengidentifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan yang rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan lain metabolisme, kekurangan lemak subkutan), memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia (takipnea dan menggigil), menyediakan serta memantau lingkungan yang hangat, melakukan penghangatan pasif (memberikan selimut kain selama di *recovery room*). Tindakan yang dilakukan penulis sudah sesuai dengan yang direncanakan.

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Pada tahap ini, penulis menggunakan metode pendokumentasian SOAP. Berdasarkan asuhan keperawatan perioperatif terhadap An. W dengan tindakan Hemoroidektomi atas indikasi hemoroid derajat II telah dilakukan implementasi dan evaluasi. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan pada tindakan pembedahan yang telah diberikan dan pada evaluasi menggunakan komponen SOAP.

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pascaoperatif dan pemeriksaan selama di *recovery room*, penulis juga melakukan penilaian dengan hitungan *Aldrette Score* dengan batasan skornya ≥ 8 pasien masuk diruang rawat inap, jika *Aldrette* skornya < 8 pasien harus dimasukkan ke dalam ruang ICU. Dari perhitungan dengan *Aldrette Score* diperoleh hasil warna kulit kemerahan atau normal, aktivitas motorik gerak dengan 4 anggota tubuh, pernafasan dalam, batuk, tekanan darah 110/70 mmHg, kesadaran bangun jika dipanggil. Dilanjutkan pada hasil perhitungan observasi dengan

bromage scoring dengan batasan normal pasien dapat pindah ke ruang rawat jika score kurang dari 2 diperoleh hasil pasien mampu mengangkat tungkai bawah, mampu menekuk lutut dan mampu mengangkat tungkai kaki bawah. Hal tersebut merupakan indikasi pasien dapat dipindahkan ke ruang perawatan.

Setelah melakukan penilaian *Alderette Score* dan *Bromage score* dengan hasil indikasi pasien dapat dipindahkan ke ruang perawatan penulis melakukan operan ke perawat ruangan dengan perencanaan sebagai berikut: Awasi tanda-tanda vital setiap 15 menit (terutama suhu), observasi nyeri, observasi bising usus, pasien dipuaskan sampai bising usus positif/platus, terapi obat (Dexetoprofen 25mg/8 jam, Ceftriaxone injeksi 2gr/ 12 jam/ IV, Asam traneksamat injeksi 500 mg /12 jam) jika perlu, mempertahankan penghangatan dengan memberikan selimut. Dari data evaluasi yang telah didapatkan, keberhasilan asuhan keperawatan perioperatif yang penulis berikan yaitu masalah hipotermia teratasi. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Nyeri Akut

Nyeri merupakan suatu kondisi yang disebabkan oleh stimulus tertentu, stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual pada setiap individu. Nyeri bersifat individual (Muttaqin 2013)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati, Ika, & Laily, Kenyamanan Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Bedah Marwah RSUD Haji Surabaya (2015) Pre operasi merupakan fase ketika keputusan pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi. Keberhasilan tindakan operasi ditentukan oleh keberhasilan selama persiapan, termasuk aspek kenyamanan

menjelang operasi. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang saktual atau potensial. Nyeri mengakibatkan respon autonomik berupa perubahan tekanan darah, pernafasan, atau nadi.

Hal ini didukung dengan hasil penelitiannya yang menunjukkan bahwa dari 26 responden pengalaman nyeri yang paling banyak dialami responden adalah nyeri sedang yaitu sebesar 38%. Kenyamanan dirasakan oleh sebagian besar responden (57,7%). Nyeri memiliki hubungan signifikan dengan kenyamanan pasien *pre* operasi di ruang Marwah RSUD Haji Surabaya yang ditandai dengan nilai $p=0,036$ dan $r=0,414$. Menyatakan bahwa hampir seluruh responden yang tidak mengalami nyeri merasakan nyaman dan hanya 1 responden saja yang merasa tidak nyaman responden yang mengalami nyeri berat merasa tidak nyaman, namun ada 1 responden diantaranya yang merasakan nyaman.

Pada asuhan keperawatan yang dilakukan pada An. W ditemukan diagnosa keperawatan nyeri akut dimana nyeri akut merupakan 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 tiga bulan. Gejala dan tanda mayor dengan data subyektif : Mengeluh nyeri, data obyektif: Tampak meringis, frekuensi nadi meningkat mempunyai banyak kesamaan dengan yang dirasakan oleh An. W Dari data diatas terdapat beberapa kesamaan antara data yang diperoleh dengan diagnosa yang ada pada SDKI, sehingga pada asuhan keperawatan ini dapat ditegakkan diagnosa nyeri akut.

Dalam asuhan keperawatan setelah dilakukan pengkajian, ditegakkan diagnosa keperawatan, selanjutnya adalah intervensi yang akan diberikan kepada pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri sebagai berikut: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri nonverbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis latihan nafas dalam.

Latihan napas dalam dilakukan dengan cara bernapas dalam-dalam kemudian menghembuskan melalui mulut secara perlahan, latihan ini dilakukan beberapa kali. Latihan napas dalam ini mampu membantu pasien untuk relaksasi (Suzanne & Smeltzer, 2013).

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Rizal, 2015) yang mendapatkan fakta bahwa rencana tindakan pada diagnosa pertama (nyeri) tersebut ada kesenjangan seperti: 1) kaji nyeri untuk mengetahui intensitas, lokasi nyeri, 2) kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, kebisingan, dan pencahayaan, 3) ajarkan penggunaan teknik relaksasi. Hal ini terjadi karena intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang dialami pasien

Pada implementasi keperawatan semua intervensi yang telah tersusun dapat dilakukan menyesuaikan situasi dan kondisi pasien, dengan memperkenalkan diri, konfirmasi ulang identitas pasien, menanyakan lokasi yang akan dioperasi, menanyakan adanya riwayat alergi, menanyakan persiapan pembedahan, puasa, informed consent yg telah ditanda tangani, memonitor tanda-tanda vital, mengobservasi ulang nyeri, intensitas, lokasi dan lamanya. Menggunakan pendekatan yang menenangkan, menganjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan. Membantu pasien mengidentifikasi nyeri yang dirasakan, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, melakukan pengkajian skala nyeri untuk mengetahui perubahan dari nyeri yang dirasakan pasien, setelah dilakukan pasien merasakan lebih rileks, dan nyeri berkurang. Pasien mampu kooperatif dalam melaksanakan tindakan

keperawatan. Intervensi yang telah ditetapkan dapat dilakukan sesuai dengan yang direncanakan.

Pada asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap An. W dengan tindakan operasi Hemoroidektomy. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan didapatkan perubahan sebelum dan setelah dilakukan manajemen nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mengatakan nyeri berkurang, wajah lebih rileks, frekuensi nadi membaik dan gelisah menurun. Dari data evaluasi yang telah didapatkan, keberhasilan asuhan keperawatan perioperatif yang penulis berikan yaitu masalah nyeri akut teratasi. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan yang telah diberikan