

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian

4.1.1 Pengkajian pre operasi

Pasien Tn.B usia 73 Tahun pasien mengatakan 13 hari yang lalu sempat mengalami perdarahan pada bagian dubur selama 3 hari, lalu dibawa ke puskesmas dan diminta untuk dirujuk ke RS Panti Rahayu, sesampainya di IGD pasien mengeluh tidak nyaman pada bagian dubur, terdapat benjolan pada bagian dubur, benjolan keluar setelah BAB, tidak bisa tidur sejak 3 hari yang lalu, kepala bagian belakang pusing seperti nyut-nyutan, lalu disarankan untuk rawat inap dan dilakukan tindakan operasi tanggal 4 Juni 2025. Hemoroid merupakan jaringan normal yang terdapat pada semua orang, hemoroid yang membesar secara perlahan akhirnya dapat menonjol keluar dan menyebabkan prolaps (R.Sjamsuhidajat, 2017). Salah satu faktor resiko terjadinya hemoroid interna yaitu dikarenakan usia lanjut (Hiko & Zentrato, 2022). Hemoroid interna grade III-IV merupakan kondisi pelebaran pleksus vena hemoroidalis superior yang telah prolaps keluar dari anus secara permanen atau memerlukan bantuan untuk masuk kembali, sering disertai perdarahan dan nyeri (Muhammad Sayuti, 2023). Kondisi ini menimbulkan berbagai manifestasi klinis tergantung pada derajat prolaps dan komplikasi yang terjadi, umumnya pasien merasakan nyeri, perdarahan saat defekasi, dan rasa tidak nyaman pada dubur.

Pada saat dilakukan pengkajian, tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, dengan tekanan darah 130/60 mmHg, nadi 69 kali/menit, pernapasan 19 kali/menit, suhu 35,8°C, dan saturasi oksigen 96%. Kesadaran pasien baik (compos mentis).

Data kebutuhan dasar pasien menunjukkan bahwa sebelum sakit, pasien makan tiga kali sehari, dengan pola makan kurang serat. Saat sakit, pasien **mulai menghindari makanan pedas dan berlemak** untuk mengurangi nyeri saat BAB. Hal ini menunjukkan adanya kesadaran pasien terhadap kondisi kesehatannya, meskipun belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan gizi seimbang, terutama serat.

Pasien mengatakan pola eliminasi BAB 1 x sehari dengan konsistensi keras namun sudah tidak ada darah berwarna merah segar dan tidak ada nyeri saat BAB. Meskipun tidak ada lagi keluhan perdarahan pada dubur dan nyeri tetap perlu perhatian dikarenakan dapat memperlambat proses penyembuhan pasca operasi hemeroid. Intervensi seperti edukasi tentang diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan dan aktifitas fisik ringan perlu diberikan untuk memperbaiki pola eliminasi.

Dalam hal personal hygiene, sebelum sakit pasien mampu mandi dan merawat diri secara mandiri. Namun saat sakit, pasien **mengalami sedikit kesulitan dalam membersihkan area anus** akibat post operasi. Hal ini menunjukkan adanya defisit dalam kemampuan perawatan diri parsial yang umum terjadi pada pasien hemoroid berat. Sehingga perlunya bantuan saat membersihkan diri atau penggunaan alat bantu kebersihan yang sesuai.

Pola tidur pasien terganggu akibat rasa tidak nyaman pada area dubur terutama setelah BAB. Pasien tidak bisa tidur, sering terbangun dan tidak bisa tidur kembali. Kualitas istirahat yang kurang dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Hal ini akan berdampak terhadap kualitas tidur yang buruk, mengganggu regenerasi jaringan dan penyembuhan luka serta berdampak pada kondisi psikologis pasien. Sehingga diperlukan pengelolaan nyeri yang efektif dan edukasi tentang posisi tidur yang nyaman untuk membantu pasien beristirahat dengan lebih optimal.

Secara psikologis pasien tampak tenang dan tidak khawatir dengan kondisinya yang akan menjalani tindakan operasi. Ibadah pasien sedikit terganggu dikarenakan pasien tidak nyaman untuk beraktifitas seperti biasa. Hubungan dengan keluarga terjalin harmonis dan selama perawatan pasien di dampingi oleh istri dan anaknya. Dukungan keluarga dan spiritual sangat penting dalam menghadapi kondisi penyakit pada pasien. Hal ini perlu diperhatikan dengan pendekatan spiritual dan memfasilitasi agar pasien dapat beribadah sesuai kemampuannya.

Lingkungan rumah sakit juga dinilai aman dan kondusif tempat tidur pasien dilengkapi handrail, roda tempat tidur terkunci, lantai tidak licin, dan pencahayaan ruangan cukup. Hal

ini mendukung keselamatan pasien, terutama saat mobilisasi pasca operasi. Kesiapan lingkungan ini juga mencerminkan asuhan keperawatan yang holistik dan preventif terhadap risiko jatuh.

Pasien mendapatkan terapi farmakologis pada hari pertama pengkajian berupa pelunak feses yaitu besfol enema 133 ml terapi ini sesuai dengan penatalaksanaan hemoroid interna yang disarankan dalam literatur medis (Sugihartono, 2024), yakni meliputi penanganan konstipasi. Besfol enema mengandung natrium fosfat yang digunakan sebagai pencahar yang bekerja dengan cara meningkatkan kandungan air di usus besar dan merangsang peristaltik dan mengurangi keinginan mengejan berlebihan saat BAB.

Secara keseluruhan, hasil pengkajian keperawatan terhadap Tn. B menunjukkan konsistensi antara data subjektif dan objektif yang ditemukan dengan teori patofisiologi, faktor risiko, serta tanda dan gejala hemoroid interna grade III-IV. Data ini menjadi dasar yang kuat untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat serta menyusun rencana intervensi keperawatan sesuai kebutuhan pasien. Status vital pasien stabil dengan kesadaran *compos mentis*, menandakan pasien dalam kondisi umum yang baik. Keluhan utama berupa ketidaknyamanan pada dubur terutama setelah BAB, serta gangguan tidur dalam tiga hari terakhir. Dari segi kebutuhan dasar terdapat beberapa gangguan yaitu:

- 4.1.1.1 Nutrisi: Pola makan rendah serat, edukasi tentang diet tinggi serat dan hidrasi sangat penting untuk memperbaiki pola eliminasi.
- 4.1.1.2 Eliminasi: BAB 1 x sehari dengan konsistensi keras, tanpa darah atau nyeri kondisi saat ini, namun perlu intervensi pencegahan konstipasi pasca operasi.
- 4.1.1.3 Personal Hygiene: Pasien mandiri sebelum sakit namun, pasca operasi mengalami defisit perawatan diri dalam membersihkan area dubur.
- 4.1.1.4 Tidur dan Istirahat: Gangguan tidur akibat ketidaknyamanan pada area dubur. Hal ini diperlukannya edukasi posisi tidur yang nyaman.
- 4.1.1.5 Psikososial dan Spiritual:

4.1.2 Pengkajian post operasi

Pasien Tn B. usia 73 tahun pasien mengatakan baru saja dilakukan operasi hemoroidektomi kemarin siang pukul 12.00 WIB, menurut (Mita, 2020) hemoroidektomi merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan guna mengangkat jaringan hemoroid yang mengalami prolaps atau bisa menyebabkan gejala yang berat. Prosedur ini biasanya dilakukan pada penderita hemoroid grade III dan IV. Pada fase post operasi hari pertama pasien biasanya mengalami nyeri yang berasal dari area luka bekas pembedahan.

Pada saat dilakukan pengkajian tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, yaitu tekanan darah 130/60 mmHg, nadi 74 kali/menit, suhu 35,9°C, saturasi oksigen 99%, pernapasan 20 kali/menit. Kesadaran pasien baik yaitu *compos mentis*.

Pasien mengatakan pola eliminasi BAB setelah selesai operasi sampai dilakukan pengkajian belum BAB. Pasien mengatakan sedikit khawatir untuk melakukan buang air besar dikarenakan takut akan menumbulkan nyeri di area luka operasi. Oleh karena itu intervensi seperti edukasi mengenai pentingnya mengenai konsumsi makanan tinggi serat, asupan cairan yang cukup serta anjuran mobilisasi dini sangat penting diberikan untuk mencegah konstipasi dan memperbaiki pola eliminasi pasien.

Dalam hal personal hygiene, pasien sebelumnya mampu merawat diri secara mandiri termasuk mandi dan membersihkan area pribadi. Namun pada hari pertama pasca operasi pasien menyatakan merasa kesulitan dalam membersihkan area sekitar anus dikarenakan rasa tidak nyaman pada area bekas luka operasi. Oleh karena itu intervensi dilakukan dengan melakukan perawatan kebersihan diri seperti air hangat, tisu basah antiseptik, atau alat bantu lainnya untuk menjaga kebersihan area luka dan mencegah infeksi.

Pola tidur pasien terganggu karena rasa tidak nyaman pada area luka operasi, terutama pada saat posisi duduk atau berbaring terlalu lama. Pasien mengatakan tidak bisa tidur, sering terbangun. Kondisi ini menunjukkan pentingnya edukasi tentang posisi tidur yang aman dan nyaman untuk mendukung istirahat dan proses penyembuhan pasien selama fase awal pasca operasi.

Secara psikologis, pasien tampak tenang, pasien menyadari pentingnya perawatan dan mengikuti anjuran tim medis. Secara spiritual pasien tetap berusaha beribadah sesuai dengan kemampuannya meskipun aktivitas ibadah sedikit terganggu karena ketidaknyamanan saat bergerak. Dukungan dari keluarga yang selalu mendampingi menjadi faktor penting dalam menjaga semangat dan motivasi pasien.

Lingkungan rumah sakit dinilai aman dan mendukung proses penyembuhan pasien. Tempat tidur pasien terdapat pagar pengaman, lantai tidak licin dan pencahayaan memadai. Hal ini membantu mencegah risiko jatuh terutama saat pasien mulai mobilisasi pasca operasi.

Pasien mendapatkan terapi farmakologis post operasi berupa inj. ketorolac 30 mg untuk mengurangi nyeri yang sudah sesuai dengan literature medis (Dedi Sukurokhman, 2020). Ketorolac obat antiinflamasi non-streroid (NSAID) yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit dan peradangan. Alasan pemberian obat ini yaitu untuk mengurangi rasa sakit atau nyeri pasca operasi. Pemberian kedua obat ini menunjukkan adanya penatalaksanaan multimodal yaitu kombinasi farmakologis dan non farmakologis untuk mengoptimalkan pengurangan gejala pada pasien dan mendukung proses penyembuhan pasien.

Secara keseluruhan, hasil pengkajian keperawatan terhadap Tn. B menunjukkan konsistensi antara data subjektif dan objektif yang ditemukan dengan teori patofisiologi, faktor risiko, serta tanda dan gejala hemoroid interna grade III-IV. Data ini menjadi dasar yang kuat untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat serta menyusun rencana intervensi keperawatan sesuai kebutuhan pasien. Status vital pasien stabil dengan kesadaran *compos mentis*, menandakan pasien dalam kondisi umum yang baik. Keluhan utama berupa ketidaknyamanan pada area luka bekas operasi, gangguan tidur sejak 4 hari yang lalu dan risiko infeksi.

Dari segi kebutuhan dasar terdapat beberapa gangguan yaitu:

- 4.1.2.1 Nutrisi: Pola makan rendah serat, edukasi tentang diet tinggi serat dan hidrasi sangat penting untuk memperbaiki pola eliminasi.
- 4.1.2.2 Eliminasi: belum BAB setelah dilakukn operasi, intervensi dengan edukasi konsumsi makanan tinggi serat dan cairan yang cukup untuk mencegah konstipasi pasca operasi.

- 4.1.2.3 Personal Hygiene: pasca operasi mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan area dubur.
- 4.1.2.4 Tidur dan Istirahat: Gangguan tidur akibat ketidaknyamanan pada area bekas operasi. Hal ini diperlukannya edukasi posisi tidur yang nyaman.
- 4.1.2.5 Psikososial dan Spiritual: tidak ada kecemasan pada pasien, sedikit keterbatasan untuk beribadah dikarenakan ketidaknyamanan saat bergerak.

4.2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap pasien Tn. B yang mengalami hemoroid interna grade III-IV, penulis menetapkan tiga diagnosis pre operasi dan dua diagnosis post operasi. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien pre operasi hemoroidektomi diagnosis utama keperawatan yang semula ditegakkan adalah gangguan eliminasi fekal. Namun, setelah dilakukan telaah ulang terhadap data subjektif dan objektif yang diperoleh selama pengkajian, diagnosis tersebut dirasa kurang tepat atau kurang didukung secara kuat oleh data yang tersedia. Sebaliknya data yang lebih dominan adalah keluhan ketidaknyamanan pada area anus serta gangguan tidur akibat rasa tidak nyaman tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis yang lebih sesuai adalah gangguan rasa nyaman.

Penetapan diagnosis yang sebelumnya telah ditetapkan mengacu pada data subjektif, objektif, pemeriksaan penunjang (anoskopi), serta teori keperawatan meliputi:

4.2.1 Pre operasi

4.2.1.1 Gangguan eliminasi fekal

Diagnosa ini menjadi prioritas pertama karena secara langsung berkaitan dengan kondisi yang dialami pasien yaitu hemoroid grade III-IV. Pada pasien didapatkan terdapat benjolan yang keluar dari dubur setelah BAB.

Menurut (Dinata, 2021). Menyebabkan tekanan intra abdomen meningkat, mendorong bantalan hemoroid keluar (prolaps), menyebabkan mengejan berlebihan saat BAB, meningkatkan resiko perdarahan, nyeri, ketidaknyamanan dan resiko infeksi.

Gangguan eliminasi fekal menjadi diagnosis prioritas utama karena berhubungan langsung dengan etiologi utama hemoroid yaitu konstipasi dan mengejan berlebihan. Keluhan pada pasien berupa benjolan yang keluar dari anus setelah BAB menunjukkan adanya prolaps hemoroid. Gangguan ini mengakibatkan kondisi pasien yang memburuk sehingga dapat menyebabkan nyeri, perdarahan, infeksi dan meningkatkan resiko komplikasi lebih lanjut. Sehingga perlunya edukasi mengenai pola makan tinggi serat, penggunaan obat pelunak feses untuk mengurangi tekanan intraabdomen saat BAB.

4.2.1.2 Gangguan pola tidur

Diagnosis ini dipilih karna pasien mengeluhkan tidak bisa tidur, sering terbangun, pola tidur berubah yang telah terjadi selama 3 hari yang lalu. Gangguan tidur dapat memperburuk kondisi kesehatan secara umum, termasuk memperlambat proses penyembuhan, meningkatkan stres dan menurunkan kualitas hidup pasien.

Menurut (Waasi, 2024)gangguan pola tidur pada pasien dengan kondisi kronis seperti hemoroid dapat meningkatkan ketidaknyamanan. Kurang tidur juga dapat berdampak pada ketidakseimbangan hormonal dan imun, yang mengganggu proses penyembuhan jaringan yang iritatif atau meradang seperti pada kasus hemoroid grade III-IV. Dengan adanya keluhan ini pada pasien intervensi perlu difokuskan pada manajemen nyeri dan edukasi pola tidur sehat, serta menciptakan lingkungan istirahat yang tenang dan nyaman.

4.2.1.3 Resiko Jatuh

Diagnosis ini ditegakkan karena pasien menunjukkan beberapa gejala fisik dan neurologis yang meningkatkan resiko jatuh seperti, pasien mengeluh pusing bertambah saat berdiri, tampak sedikit kehilangan keseimbangan (sempoyongan) saat berdiri maupun berjalan dan pasien mengeluh kaki kiri dan kanan kesemutan. Kondisi ini mengindikasikan adanya gangguan sistem vestibular, proprioseptif, atau sirkulasi perifer yang semuanya merupakan faktor resiko jatuh.

Menurut (Sumarsih, 2023),resiko jatuh pada lansia dengan gangguan neurologis meningkat seiring dengan penurunan fungsi keseimbangan, perubahan postural saat berdiri dan adanya neuropati perifer yang ditandai dengan gejala seperti kesemutan. Apabila tidak

dicegah dapat menyebabkan jatuh seperti cedera serius yaitu fraktur, cedera kepala, sampai disabilitas jangka panjang.

Gejala seperti pusing saat berdiri, sempoyongan dan kesemutan menunjukkan adanya gangguan system keseimbangan atau sirkulasi perifer. Kondisi ini meningkatkan resiko jatuh terutama pada lansia. Pencegahan resiko jatuh dengan pengawasan saat mobilisasi, pemasangan handrail, dan edukasi pasien sangat penting dilakukan agar tidak terjadinya cedera sekunder seperti fraktur atau trauma kepala.

4.2.2 Post operasi

4.2.2.1 Gangguan pola tidur

Diagnosis ini ditetapkan karena pasien mengeluh tidak bisa tidur sejak 4 hari yang lalu, sering terbangun dan tidak bisa tidur kembali, tampak lesu dan pada bagian bawah mata pasien sedikit hitam. Gangguan tidur dapat memperburuk kondisi pemulihan pasca operasi baik secara fisik maupun psikologis.

Menurut (Dea Oktaria Nur, 2022) gangguan tidur pada pasien pasca operasi berhubungan erat dengan peningkatan nyeri pasca tindakan serta gangguan proses penyembuhan luka. Kurangnya tidur menurunkan ambang toleransi nyeri dan menyebabkan pasien merasa lebih tidak nyaman dan lebih mudah lelah. Penetapan diagnosis ini sebagai prioritas pertama pasca operasi dikarenakan kualitas tidur yang buruk akan menghambat proses pemulihan, memperburuk kondisi psikologis pasien serta meningkatkan resiko komplikasi sekunder seperti kelelahan, gangguan mood dan penurunan sistem imun.

Penanganan pada diagnosis gangguan pola tidur mencakup analgesia yang efektif, pengaturan posisi tidur dan pendekatan relaksasi untuk memperbaiki kualitas istirahat. Tidur yang baik mendorong regenerasi sel dan mencegah komplikasi pasca operasi.

4.2.2.2 Risiko infeksi

Diagnosis ini ditegakkan karena pasien mengeluh rasa panas ringan di area bekas operasi, luka operasi tampak masih terpasang balutan kasa, dan terdapat sedikit darah pada balutan. Rasa panas, adanya darah serta balutan yang mungkin lembap dapat menjadi tanda awal inflamasi atau potensi infeksi luka. Menurut (Risandi, 2020), infeksi pasca operasi hemoroidektomi dapat terjadi akibat kebersihan lokal yang kurang optimal, kontaminasi feses atau balutan yang tidak diganti secara teratur. Infeksi ini dapat menyebabkan tertundanya penyembuhan luka, meningkatnya nyeri, keluarnya nanah, demam lokal, hingga resiko sepsis jika tidak ditangani.

Infeksi dapat memperlambat proses penyembuhan luka, meningkatkan nyeri, memicu keluarnya nanah, demam lokal hingga resiko sepsis apabila tidak segera ditangani. Oleh karena itu pencegahan melalui perawatan luka yang bersih dan penggantian balutan secara berkala sangat penting dalam mencegah komplikasi yang serius.

4.3. Rencana Keperawatan

4.3.1. Rencana keperawatan pre operasi

4.3.1.1 Gangguan eliminasi fekal

Pada pasien Tn. B, diagnosis gangguan eliminasi fekal ditetapkan berdasarkan keluhan adanya benjolan yang keluar dari anus setelah BAB, yang merupakan gejala khas dari hemoroid interna grade III–IV. Hasil pengkajian menunjukkan area sekitar anus bersih, tanpa lesi maupun kemerahan, namun benjolan yang keluar dapat menandakan gangguan eliminasi akibat prolaps rektal parsial.

Rencana keperawatan bertujuan untuk membantu memperbaiki pola eliminasi pasien agar feses lebih lunak, mencegah mengejan, serta mengurangi risiko prolaps berulang. Pendekatan yang digunakan mengacu pada Eliminasi Fekal Membaik dan intervensi SIKI seperti manajemen eliminasi fekal dan dukungan nutrisi tinggi serat.

Langkah pertama adalah mengidentifikasi pola BAB pasien, termasuk frekuensi, konsistensi feses, dan kebiasaan mengejan. Dalam kasus Tn B didapatkan data bahwa BAB 1x sehari, tekstur keras dan berwarna coklat ke kuningan, tidak ada perdarahan.

Selanjutnya, dilakukan pemantauan tanda-tanda vital secara berkala, terutama nadi dan tekanan darah, karena nyeri dapat memicu peningkatan respons simpatis. Hasil pengkajian menunjukkan tanda vital pasien dalam batas normal, namun tetap perlu diobservasi.

Edukasi diberikan mengenai pentingnya asupan cairan dan serat tinggi, serta penghindaran mengejan saat BAB. Dalam aspek kolaboratif perawat melanjutkan pemberian terapi farmakologis (seperti besfol enema 133 ml) sesuai anjuran dokter.

Pasien mengalami gangguan eliminasi fekal yang ditandai dengan benjolan keluar dari anus setelah BAB, sesuai dengan gejala hemoroid interna grade III-IV. Kondisi ini menunjukkan adanya prolaps rectal parsial.

Rencana keperawatan difokuskan untuk melunakkan feses, mencegah mengejan dan mencegah prolaps berulang dengan pendekatan dari SIKI berupa manajemen eliminasi fekal dan diet tinggi serat. Secara teori gangguan ini sesuai dengan definisi NANDA dan prinsip Doenges yang menekankan pentingnya pola BAB teratur, asupan serat, dan edukasi pada pasien.

4.3.1.2 Gangguan Pola Tidur

Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan keluhan pasien yang mengatakan tidak bisa tidur sejak 4 hari yang lalu, sering terbangun dan tidak bisa tidur kembali, serta terlihat lesu dan bagian bawah mata pasien hitam.

Tujuan utama rencana keperawatan ini yaitu meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur pasien. Intervensi yang dilakukan adalah mengidentifikasi penyebab gangguan tidur baik fisiologis maupun lingkungan, manajemen tidur, termasuk mengatur lingkungan tidur,

memberikan teknik relaksasi, menghindari konsumsi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur.

Menurut (Waasih, 2024) gangguan pola tidur didefinisikan sebagai gangguan pada kuantitas dan kualitas tidur yang memengaruhi fungsi sehari-hari. Gangguan ini bisa disebabkan oleh faktor nyeri, stres, lingkungan bising, dan ketidaknyamanan pasca operasi.

4.3.1.3 Risiko Jatuh

Diagnosis resiko jatuh ditegakkan sesuai dengan keluhan pasien yang menandakan pusing bertambah saat berdiri, tampak sedikit kegilangan keseimbangan (sempoyongan) saat berdiri maupun berjalan dan kaki kiri dan kanan kesemutan.

Tujuan keperawatan yaitu berupa pencegahan jatuh. Langkah awal tindakan yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh seperti kelemahan otot atau hipotensi ortostatik. Lingkungan pasien disesuaikan agar aman (tanpa hambatan, pencahayaan cukup) serta memberikan bantuan saat berpindah atau mobilisasi.

4.3.2. Rencana keperawatan post operasi

4.3.2.1 Risiko Infeksi

Diagnosis ini ditetapkan berdasarkan keluhan pasien yaitu rasa panas ringan pada luka bekas operasi dengan hasil observasi menunjukkan luka tampak masih dibalut dan tampak sedikit darah pada balutannya yang menunjukkan resiko infeksi luka pasca hemoroidektomi.

Rencana keperawatan bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi luka yaitu dengan melakukan pemantauan luka operasi, manajemen balutan dan edukasi perawatan luka mandiri.

Langkah tindakan yaitu mengidentifikasi tanda-tanda awal infeksi. Selanjutnya mengganti balutan secara aseptik dan pasien diberikan edukasi untuk menjaga kebersihan area luka.

4.3.2.2 Gangguan pola tidur

Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan keluhan pasien post operasi yang mengatakan kesulitan tidur dan sering terbangun, serta merasa ketidaknyamanan pada area bekas operasi. Pasien tampak lesu dan area bawah mata pasien sedikit hitam.

Menurut (Joyce M. Black, 2022) gangguan pola tidur merupakan kondisi ketika seseorang mengalami kesulitan untuk memulai untuk mempertahankan tidur, sehingga dapat mempengaruhi fungsi kognitif, emosional dan fisik pada keesokan harinya. Gangguan ini dapat terjadi akibat nyeri pasca operasi, kecemasan atau faktor lingkungan yang tidak mendukung.

Dengan adanya keluhan pada pasien intervensi yang dilakukan meliputi pengaturan posisi tidur yang nyaman seperti miring ke samping, menciptakan lingkungan tidur yang tenang dan minim gangguan. Selain itu pasien dianjurkan untuk menghindari konsumsi kafein dan makanan berat menjelang tidur.

4.4. Implementasi Keperawatan

Seluruh rencana keperawatan yang ditetapkan dilaksanakan terhadap pasien Tn B secara holistik, bertahap dan berorientasi pada peningkatan kenyamanan, keselamatan serta percepatan penyembuhan luka. Semua intervensi disesuaikan dengan teori keperawatan yang digunakan dengan praktik klinik berbasis bukti dan kondisi aktual pasien.

4.4.1. Pre Operasi

4.4.1.1 Gangguan eliminasi fekal

Pada hari pertama implementasi keperawatan difokuskan pada pencegahan kekambuhan hemoroid dan pola BAB pasien yang normal. Perawat melakukan pengkajian pola BAB

pasien meliputi frekuensi, konsistensi dan adanya mengejan saat defekasi. Diberikan edukasi peningkatan asupan serat.

Perawat juga memantau tanda-tanda konstipasi, seperti distensi abdomen, nyeri tekan dan ketidakteraturan BAB. Lalu berikan dukungan farmakologis sesuai advis medis yaitu besfol enema 133 ml.

4.4.1.2 Gangguan Pola Tidur

Intervensi difokuskan untuk memperbaiki kualitas tidur pasien yang terganggu. Perawat melakukan pengkajian mendalam tentang pola tidur, durasi, frekuensi dan faktor penyebab seperti nyeri atau kecemasan.

Lingkungan perawatan diatur agar mendukung tidur yang berkualitas seperti mengurangi kebisingan dan pengaturan pencahayaan, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi tidur, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

Pasien dipantau perkembangan pola tidurnya setiap shift dan dievaluasi efektivitas intervensi yang diberikan. Apabila pola tidur tidak membaik, perawat dapat berkolaborasi dengan tim medis untuk mempertimbangkan pendekatan farmakologis.

4.4.1.3 Risiko Jatuh

Implementasi keperawatan pada risiko jatuh difokuskan untuk mencegah insiden jatuh akibat pusing dan keseimbangan yang terganggu. Perawat melakukan pengkajian terhadap status keseimbangan pasien saat mobilisasi dan posisi berdiri.

Lingkungan pasien di sesuaikan agar aman, seperti menghilangkan benda-benda yang dapat menyebabkan risiko jatuh, serta memberikan bantuan mobilisasi apabila ingin berpindah. Penggunaan alat bantu jalan di pertimbangkan bila diperlukan.

Perawat melakukan tindakan mengidentifikasi faktor risiko jatuh mis.usia >65 tahun, memastikan tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

4.4.2 Post Operasi

4.4.2.1 Gangguan Pola Tidur

Intervensi difokuskan untuk memperbaiki kualitas tidur pasien yang terganggu. Perawat melakukan pengkajian mendalam tentang pola tidur, durasi, frekuensi dan faktor penyebab seperti nyeri atau kecemasan.

Lingkungan perawatan diatur agar mendukung tidur yang berkualitas seperti mengurangi kebisingan dan pengaturan pencahayaan, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi tidur, menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

Pasien dipantau perkembangan pola tidurnya setiap shift dan dievaluasi efektivitas intervensi yang diberikan. Apabila pola tidur tidak membaik, perawat dapat berkolaborasi dengan tim medis untuk mempertimbangkan pendekatan farmakologis.

4.4.2.2 Risiko Infeksi

Pada implementasi hari ke 2 fokus utama adalah mencegah infeksi pada luka operasi hemoroid. Perawat melakukan pemeriksaan luka secara berkala untuk menilai adanya tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, panas, bengkak, nyeri bertambah, keluar eksudat.

Balutan luka diganti dengan teknik aseptik sesuai protokol dan edukasi diberikan kepada pasien mengenai cara menjaga kebersihan area luka.

4.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan terhadap pasien Tn B menunjukkan bahwa sebagian besar tujuan keperawatan telah tercapai sebagian dengan tanda-tanda perbaikan seperti:

4.5.1 Evaluasi Keperawatan pre operasi:

4.5.1.1 Peningkatan kenyamanan

4.5.1.2 Perbaikan kualitas tidur

4.5.1.3 Peningkatan keseimbangan tubuh

4.5.2 Evaluasi keperawatan post operasi:

4.5.2.1 Perbaikan kualitas tidur

4.5.2.2 Pencegahan infeksi

4.6. Dokumentasi Keperawatan

4.6.1 Dokumentasi keperawatan pre operasi

4.6.1.1 Dokumentasi Diagnosa: Gangguan eliminasi fekal

Pada hari pertama tanggal 4 juni 2025, pasien mengeluh tidak nyaman pada area dubur dan terdapat benjolan pada dubur. Hasil pengukuran TTV yaitu tekanan darah 130/60 mmHg, nadi 69 kali/menit, pernapasan 19 kali/menit, suhu 35,8°C, dan saturasi oksigen 96%. Kesadaran pasien baik (compos mentis).

Perawat melakukan pemberian obat besfol enema 133 ml dan telah diberikan sesuai program dokter. Pemantauan frekuensi, jumlah dan karakteristik feses telah dilakukan dengan hasil BAB 1x sehari, BAB keras sebanyak kira-kira 100 gram, frekuensi BAB berkurang. Menganjurkan konsumsi tinggi serat seperti sayur dan buah-buahan. Menganjurkan teknik relaksasi saat defekasi dengan hasil pasien sudah paham dengan penjelasan yang diberikan.

Dalam bagian A (Assessment) mencerminkan interpretasi yang logis data pengkajian yaitu bahwa pasien masih mengalami ketidak nyamanan pada area dubur yang ditandai dengan adanya benjolan di dubur. Kali ini mengindikasikan adanya gangguan eliminasi fekal yang dipengaruhi oleh kondisi hemoroid interna grade III-IV.

Rencana kedepan (P) melanjutkan program intervensi seperti pemberian enema sesuai indikasi medis, edukasi konsumsi tinggi serat dan pelatihan teknik relaksasi saat defekasi, menunjukkan kesinambungan antara data objektif dan rencana tindak lanjut yang menjadi ciri dokumentasi yang berkualitas.

4.6.1.2 Dokumentasi Diagnosa: Gangguan pola tidur

Pada shift yang sama perawat mendokumentasikan bahwa pasien mengalami gangguan yaitu tidak bisa tidur dan sering terbangun, serta pasien terlihat lesu.

Dokumentasi ini menggambarkan bahwa perawat tidak hanya mencatat keluhan pasien tetapi juga menyertakan respon intervensi yang dilakukan seperti pengaturan posisi tidur untuk meningkatkan kenyamanan dan memodifikasi lingkungan seperti pencahayaan dan tempat tidur. Hal ini sesuai dengan teori

Penilaian (A) mencerminkan interpretasi yang logis dari data pengkajian yaitu pasien masih memiliki hambatan terkait gangguan tidur. Rencana kedepan (P) yaitu melanjutkan teknik pengaturan posisi tidur untuk meningkatkan kenyamanan dan memodifikasi lingkungan.

4.6.1.3 Dokumentasi Diagnosa Resiko Jatuh

Pada shift yang sama perawat melakukan pencatatan yaitu pasien masih mengeluh pusing pada kepala bagian bawah pasien sedikit kehilangan keseimbangan saat berdiri maupun berjalan dan kaki kiri serta kanan masih terasa kesemutan.

Data ini menunjukkan bahwa perawat menilai keseimbangan pasien terkait mobilisasi atau berpindah, serta memberikan edukasi terkait resiko jatuh. Menurut Maria (2021) dokumentasi risiko jatuh yang baik harus mencakup penilaian risiko, intervensi pencegahan dan keterlibatan keluarga.

Dokumentasi ini menyebutkan bahwa pasien dan keluarga diberikan edukasi mengenai cara pencegah resiko jatuh. Perencanaan difokuskan untuk mempertahankan partisipasi aktif pasien dan mencegah terjadinya jatuh.

4.6.2 Post operasi

4.6.2.1 Dokumentasi Diagnosis Gangguan pola tidur

Pada shift hari ke dua, perawat mendokumentasikan bahwa pasien post operasi masih mengalami gangguan tidur, sering terbangun dan kesulitan tidur.

Dokumentasi ini menggambarkan bahwa perawat tidak hanya mencatat keluhan pasien tetapi juga menuliskan intervensi yang telah dilakukan seperti pemberian posisi tidur miring untuk mengurangi tekanan pada luka operasi, serta memodifikasi lingkungan dengan mengurangi cahaya terang agar pasien lebih nyaman untuk beristirahat. Hal ini sesuai dengan teori pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan.

Penilaian (A) menunjukkan bahwa pasien masih memiliki hambatan tidur akibat ketidaknyamanan pasca operasi. Rencana kedepan (P) yaitu melanjutkan manajemen posisi dan lingkungan tidur serta memantau kebutuhan farmakologis bila perlu guna meningkatkan kenyamanan tidur pasien.

4.6.2.2 Dokumentasi Diagnosis Risiko Infeksi

Dalam dokumentasi ini perawat mencatat bahwa pasien masih mengalami keluhan sedikit panas pada area luka bekas operasi, sudah dilakukan perawatan luka bekas operasi yaitu dengan mengganti balutan perban bekas operasi dan memonitor tanda dan gejala infeksi, didapatkan pada area sekitar bekas operasi tidak ada kemerahan maupun bengkak. Perawat juga melakukan teknik cuci tangan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien.

Dokumentasi ini menggambarkan bahwa perawat tidak hanya mencatat keluhan pasien, tetapi juga mencegah penularan infeksi dari pasien dengan melakukan cuci tangan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien.

Penilaian (A) mencerminkan interpretasi yang logis dari data pengkajian, rencana kedepan (P) yaitu melanjutkan perawatan luka dan cuci tangan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien.