

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OPERASI*
HERNIORAPHY ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS*
LATERALIS DEXTRA DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG 3A RSUD dr. SOEKARDJO
KOTA TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md. Kep) pada prodi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Bhakti Kencana Bandung

**MUNIR RUDIN
AKX.16.073**



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Munir Rudin

NPM : AKX.16.073

Institusi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Hernioraphy*
Atas Indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis Dextra* dengan
Nyeri Akut di Ruang 3A RSUD dr. Soekardjo Kota
Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan

Munir Rudin

AKX.16.073

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPOPERASI
HERNIORAPHY* ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS
LATERALIS DEXTRA* DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG 3A RSUD dr. SOEKRDJO
KOTA TASIKMALAYA**

OLEH
MUNIR RUDIN
AKX.16.073

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI PADA
TANGGAL 12 APRIL 2019

Menyetujui,

Pembimbing Ketua



Agus MD, S.Pd, S.Kep, Ners, M.Kes

NIK: 10105036

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

NIK: 10114149

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI HERNIORAPHY*
ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS LATERALIS*
DEXTRA DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG 3A RSUD dr. SOEKARDJO
KOTA TASIKMALAYA

OLEH

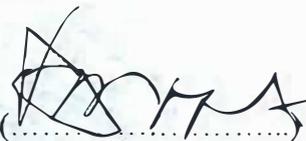
MUNIR RUDIN

AKX.16.073

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada tanggal, 15 Mei 2019

Panitia Penguji

Ketua : Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes

()

Anggota :

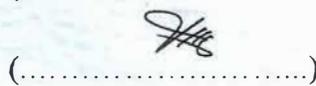
1. Fikri Mourly Wahyudi, S.Kep

()

2. Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM

()

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners

()

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua




R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK: 101070641

KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dextra* dengan Nyeri Akut di Ruang 3A RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”** dengan sebaik- baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Progam Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung. Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. R. Siti Jundiah, S,Kp., M.Kep, Selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Anggi Jamiyanti, S.Kep., Ners selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Nandang Sukmayadi, S.Kep.,Ners selaku pembimbing praktik lapangan yang telah memberikan bimbingan kepada penulis dengan baik selama praktek lapangan.
7. Seluruh Dosen dan Staff Program studi Diploma III Keperawatan Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Untuk kedua orang tua tercinta, Bapak Hartoyo dan Ibu Tati Hartati, dan adik tercinta Rifa Ramadhani yang selalu menyayangi, mendoakan, dan memotivasi selama penyusunan karya tulis ini.
9. Sahabat panyileukan Pramudita, Idham, Bang Irsab, Wildan, Putra, Dina, Puji, Jeni, Oci, Nabilla, dan Sonia. Serta Rosa, Aslam, Wahyu “Curit’s”, Ariq, Aldi, Anggas, Lukman, Muja, Reza. Dan teman-teman Anestesi Angkatan XII, khususnya kelas C yang telah memotivasi penulis.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2019

PENULIS

ABSTRAK

Latar belakang: Menurut *Medical Record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya pada tahun 2018 kasus *Hernia Inguinalis Lateralis* masuk dalam sepuluh besar penyakit dan berada pada urutan kedua dengan jumlah 201 kasus. Hernia inguinalis adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui anulus inguinalis yang terletak di sebelah lateral vaso epigastrika inferior menyusuri kanal inguinal dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus (Darmawan & Rahayuningsih, 2010). **Metode:** Penelitian dilakukan pada 2 klien post op hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri menggunakan studi kasus, yaitu mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada kasus 1 masalah keperawatan nyeri dapat teratasi pada hari ke 3 dan pada kasus ke 2 masalah keperawatan nyeri pada hari ke 3 juga teratasi, di tandai dengan klien mampu melakukan control nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi menggunakan terapi audio berupa *Murottal Quran*. **Diskusi:** Pasien dengan masalah keperawatan nyeri tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post op hernioraphy hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan sebelumnya. Sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan edukasi kepada setiap pasien post operasi, tentang cara melakukan control nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi menggunakan terapi audio berupa *Murottal Quran*. Di harapkan kepada rumah sakit agar mempertahankan kenyamanan lingkungan dan ketertiban kunjungan. Karena dapat menjadi faktor presipitasi nyeri klien.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Hernia Inguinalis, Nyeri

Daftar pustaka: BAB I-V, 10 Buku (2009-2017), 2 jurnal (2014), 2 Webbsite.

ABSTRACT

Background: According to the *Medical Record Hospital of Dr. Soekardjo Tasikmalaya* in 2018 cases of *Lateral Inguinal Hernia* were included in the top ten diseases and were second with 201 cases. *Inguinal hernia* is the protrusion of the contents of a cavity through the inguinal ring which is located lateral to the vaso epigastric inferiorly along the inguinal canal and out into the abdominal cavity through the external inguinal ring (Darmawan & Rahayuningsih, 2010). **Methods:** The study was conducted in 2 post op hernioraphy clients with pain nursing problems using case studies, namely exploring a problem / phenomenon with detailed limitations, having in-depth data collection and including various sources of information. **Results:** After nursing actions for 3x24 hours in the case of 1 pain nursing problems can be resolved on the 3rd day and in the second case pain nursing problems on the 3rd day were also resolved, marked by the client being able to control pain with relaxation techniques and distractions using audio therapy in the form of *Murottal Quran*. **Discussion:** Patients with pain nursing problems do not always have the same response to each postoperative hygiene client, this is affected by previous conditions or health status. So that it is recommended to nurses to provide comprehensive nursing care and education to each postoperative patient, about how to control pain with relaxation and distraction techniques using *Murottal Quran* audio therapy. Expected to hospitals to maintain environmental comfort and orderliness of visits. Because it can be a client's pain precipitation factor.

Keywords: Nursing care, Inguinal hernias, pain

Bibliography: CHAPTER I-V, 10 Books (2009-2017), 2 journals (2014), 2 Web sites

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Lambang, Singkatan, dan istilah.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit	6
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	16
2.3. Konsep Nyeri	35
BAB III METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Batasan Istilah	43
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	44
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	45
3.5 Pengumpulan Data	45
3.6 Uji Keabsahan Data.....	46

3.7 Analisa Data	47
3.8 Etika Penelitian	48
BAB IV HASIL DAN PEMBAHAN	51
4.1 Hasil	51
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data.....	51
4.1.2 Pengkajian	52
4.1.3 Analisa Data	60
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	62
4.1.5 Intervensi.....	65
4.1.6 Implementasi	69
4.1.7 Evaluasi	78
4.2 Pembahasan.....	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	106
5.1 Kesimpulan	106
5.2 Saran.....	108
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Anatomi Dinding Perut	7
Gambar 2.2. <i>Faces Pain Rating Scale</i>	39
Gambar 2.3. <i>Numeric Rating Scale</i>	40

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi Dan Rasional Nyeri Akut.....	26
Tabel 2.2 Intervensi Dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi.....	29
Tabel 2.3 Intervensi Dan Rasional Gangguan Rasa Nyaman	30
Tabel 2.4 Intervensi Dan Rasional Defisiensi Resiko Perdarahan	31
Tabel 2.5 Intervensi Dan Rasional Resiko Infeksi.....	32
Tabel 4.1 Pengkajian.....	52
Tabel 4.2 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	53
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik.....	54
Tabel 4.4 Pemeriksaan Psikologi.....	58
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	59
Tabel 4.6 Program dan Rencana Tindakan.....	60
Tabel 4.7 Analisa Data.....	60
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	62
Tabel 4.9 Intervensi.....	65
Tabel 4.10 Implementasi.....	69
Tabel 4.11 Evaluasi.....	78

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Tabel 2.1 Pathway.....	12

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)

Lampiran 4 Format Review Artikel

Lampiran 5 SAP dan Leaflet

Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
DEPKES	: Departemen Kesehatan
Hb	: Hemoglobin
HIL	: <i>Hernia Inguinalis Lateralis</i>
Ht	: Hematokrit
ICS	: <i>Intercosta</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IV	: Intravena
JVP	: <i>Jugulari Vena Preassure</i>
Kg	: Kilogram
Kp	: Kampung
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
RI	: Republik Indonesia
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan

TTV : Tanda Tanda Vital

WHO : *World Health Organization*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Saat ini di Indonesia pengetahuan masyarakat tentang kesehatan masih kurang. Karena kurangnya pengetahuan tersebut muncul berbagai masalah kesehatan, mulai dari pola hidup, tuntutan sosial ekonomi dan proses penuaan dapat mempengaruhi kesehatan individu. Seiring dengan tuntutan sosial ekonomi yang mengharuskan seseorang untuk melakukan pekerjaan berat dan diikuti proses penuaan dengan melemahnya otot dinding perut. Hal ini memicu terjadinya *Hernia Inguinalis Lateralis* (Permadi, 2014).

Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) merupakan hernia yang melalui anulus (cincin) inguinalis interna yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menelusuri kanalis inguinalis, dan keluar di anulus eksternal di atas kista pubis dengan di selubungi kantong korda. Kanalis inguinalis normal pada fetus karena pada bulan ke-8 kehamilan terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis menarik peritoneum yang di sebut proses vaginalis peritoneal. Pada orang dewasa kanal telah menutup namun karena merupakan lokus minoris resistensi, maka pada keadaan yang meningkatkan tekanan intra abdominal kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul *Hernia Inguinalis Akustika*. Jika isi dan kantong hernia lateralis turun hingga skrotum disebut hernia skrotalis (Mansjoer, 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Di dapatkan data pada dekade tahun 2010 penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12,7%) dengan penyebaran terbanyak adalah daerah Negara-negara berkembang seperti Negara-negara Afrika, Asia Tenggara termasuk Indonesia, selain itu Negara Uni Emirat Arab adalah Negara dengan jumlah penderita Hernia terbesar di dunia sekitar 3.950 penderita pada tahun 2011 (WHO, 2013).

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia di Indonesia periode Januari 2010 sampai Februari 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan *Hernia Inguinalis*. (DepKesRI, 2011). Menurut *Medical Record* RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya pada Tahun 2018 kasus *Hernia Inguinalis Lateralis* masuk ke dalam sepuluh besar penyakit dan berada pada urutan kedua dengan jumlah 201 kasus.

Pembedahan dengan *Hernioraphy* adalah pembedahan dan pengambilan pada kantong hernia yang di sertai melalui operasi plastic agar dinding abdomen lebih kuat pada bagian bawah di belakang kanalis inguinalis (Muttaqin & Sari, 2011).

Masalah keperawatan yang muncul pada klien *Post Op Hernioraphy* di antaranya nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik. Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri yang di rasakan pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks, 2014). Sehingga selama masa periode pasca operasi peran perawat sangat di

perluan dalam upaya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien dengan mengurangi/menghilangkan rasa nyeri pasca operasi.

Hal tersebut yang menjadikan dasar bagi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri. Kesadaran dari penyedia layanan kesehatan, khususnya perawat diharapkan mampu mengelola masalah yang timbul secara komprehensif, yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi, untuk menghindari adanya komplikasi seperti ketergantungan pada obat penghilang rasa sakit, masalah kesehatan yang berhubungan dengan stres, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, diare, tekanan darah meningkat, kegelisahan, depresi, dan dapat memicu terjadinya kematian.

Berdasarkan fenomena di atas, penulis tertarik untuk melakukan tindakan Asuhan Keperawatan pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut di Ruang 3A RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”**

1.2. Batasan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka di angkat rumusan masalah. “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Hernioraphy* atas

indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut di Ruang 3A RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”

1.3. Tujuan

Adapun tujuan dari penulisan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.3.1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut di Ruang 3A RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya”

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan tentang *Post Operasi Hernioraphy*.

1.4.2. Praktis/Klinis

a. Bagi perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat di jadikan sebagai acuan standar asuhan keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy*.

b. Bagi Rumah Sakit

Dapat di jadikan sebagai standar operasional prosedur dalam penatalaksanaan pada klien *Post Operasi Hernioraphy*.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah sumber pustaka dan juga di jadikan sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Hernia

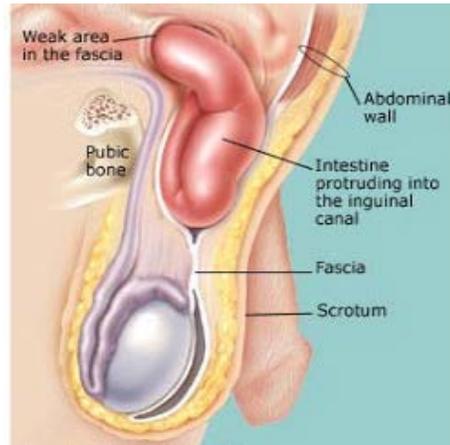
Hernia adalah keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Hernia inguinal adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui anulus inguinalis yang terletak di sebelah lateral vaso epigastrika inferior menyusuri kanal inguinal dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus (Darmawan & Rahayuningsih, 2010).

Hernia inguinalis adalah suatu kondisi medis yang di tandai dengan penonjolan jaringan lunak, biasanya usus, melalui bagian bawah dinding perut di lipatan paha. Perut adalah daerah antara dada dan pinggul. Daerah dinding perut bagian bawah juga disebut inguinal atau pangkal paha. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, anda mungkin terkena ini.

Jadi dapat di simpulkan Hernia inguinalis adalah menonjolnya suatu organ atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui sebuah defek kongenital.

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi Dinding Perut



(Sumber: Muttaqin dan Sari, 2012)

Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar yang berhubungan dengan aponeurosis, fasia, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan fasia oblik yang berhubungan dengan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan *aponeurosis* (Sherwinter, 2009).

Otot transversus abdominis adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kedua otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS. Kanalis inguinalis dibatasi di kraniolateral oleh anulus inguinalis internus yang

merupakan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis muskulus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksterna bagian terbuka dari aponeurosis muskulus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat aponeurosis muskulus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Erickson, 2009).

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari muskulus oblikus internus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan adanya fascia transversa yang kuat menutupi trigonum Hasaellbach yang umumnya hampir tidak berotot. Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Muttaqin dan Sari, 2012).

2.1.3. Etiologi

- a. Lemahnya dinding rongga perut. Dapat ada sejak lahir atau di dapat kemudian dalam hidup.
- b. Akibat pembedahan sebelumnya.
- c. Congenital

Bayi dilahirkan normal (kelainan belum tampak) tapi dia mempunyai defek pada tempat tertentu (predisposisi) dan beberapa bulan (0-1 tahun) setelah lahir akan terjadi hernia melalui defek tersebut karena di

pengaruhi oleh kenaikan tekanan intraabdominal (mengejan, batuk, menangis).

- d. Aquisal adalah hernia yang disebabkan karena adanya defek bawaan tetapi disebabkan oleh faktor lain yang dialami manusia selama hidupnya, antara lain:
- a) Tekanan intraabdominal yang tinggi. Banyak di alami oleh pasien yang sering mengejan pada saat BAB maupun BAK.
 - b) Distensi dinding abdomen karena peningkatan tekanan intraabdominal.

2.1.4. Klasifikasi

Klasifikasi hernia adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan terjadinya di bagi menjadi:
 - a) Hernia Congenital/bawaan
 - b) Hernia akuisita
- b. Berdasarkan sifatnya hernia di bagi menjadi:
 - a) *Hernia reponible* yaitu bila isi hernia dapat di masukan kembali. Usus keluar bila berdiri atau mangedan dan masuk lagi bila berbaring.
 - b) *Hernia Ireponible* yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat di kembalikan ke dalam rongga, hal ini di sebabkan perlengketan isi usus pada peritoneum kantong hernia.

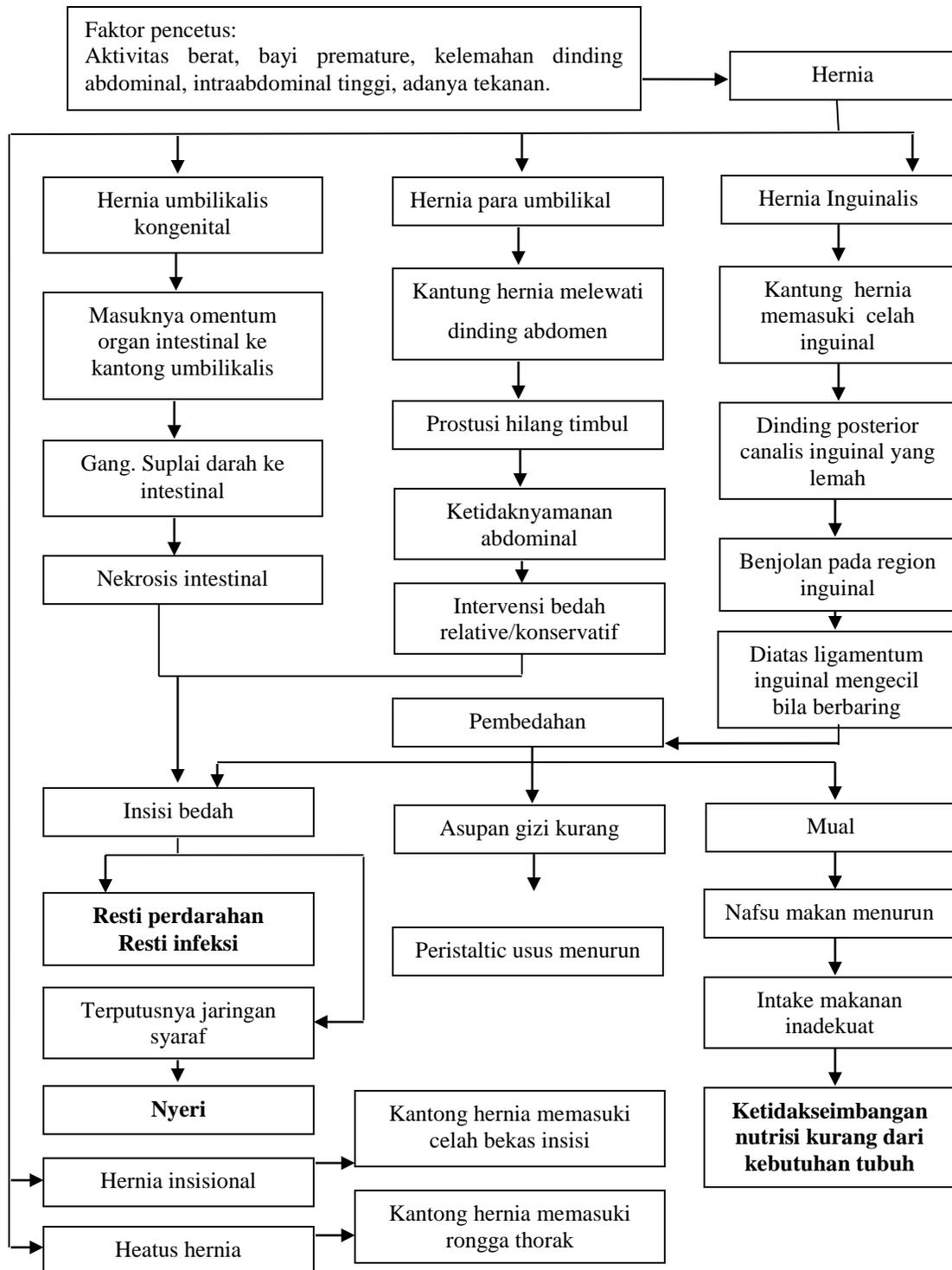
- c. Berdasarkan isinya hernia di bagi menjadi:
 - a) *Hernia Adipose* yaitu hernia yang isinya jaringan lemak.
 - b) *Standing Hernia* yaitu hernia yang isinya kembali sebagian dari dinding kantong hernia.
 - c) *Hernia Litter* yaitu hernia inkaserata yang sebagian dinding ususnya terjepit dalam cincin hernia.
- d. Berdasarkan macam hernia di bagi menjadi:
 - a) *Inguinalis Indireck* yaitu batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma masuk ke dalam kanalis inguinalis.
 - b) *Inguinalis Direck* yaitu batang usus melewati dinding inguinal bagian posterior.

2.1.5. Patofisiologi Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis tidak langsung (*hernia inguinalis lateralis*), dimana prostusi keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk ke dalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai ke skrotum melalui jalur yang sama seperti pada saat testis bermigrasi dari rongga perut ke skrotum pada saat perkembangan janin. Jalur ini biasanya menutup sebelum kelahiran, tetapi mungkin tetap menjadi sisi hernia di kemudian hari.

Pada kondisi hernia inguinalis yang bisa keluar masuk atau prostusi dapat bersifat hilang timbul disebut dengan *hernia reponible*. Kondisi prostusi terjadi jika pasien melakukan aktivitas berdiri atau mengedan kuat dan masuk lagi jika berbaring. Kondisi ini biasanya tidak memberikan manifestasi keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus. Apabila prostusi ini tidak dapat masuk kembali ke dalam rongga perut, maka ini disebut *hernia ireponible* atau *hernia akreta*. Kondisi ini biasanya berhubungan dengan perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.

Bagan 2.1 Pathway



(Sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.1.6. Manifestasi Klinis

Adapun manifestasi klinis menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) yaitu :

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi hernia inguinalis stragulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) di samping benjolan di bawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.7. Komplikasi

- a. Terjadi perlengketan antara isi hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat di masukan kembali. Keadaan ini

disebut hernia irreponible. Pada bagian ini belum ada gangguan penyaluran isi usus. Isi hernia yang sering menyebabkan ireponibilis adalah omentum, karena mudah melekat pada dinding hernia dan isinya dapat lebih besar karena infiltrasi lemak. Usus besar lebih sering menyebabkan ireponibilitis di banding usus halus.

- b. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia akibat makin banyaknya usus yang masuk. Keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus diikuti dengan gangguan vascular (proses strangulasi). Keadaan ini disebut hernia inguinalis strangulate. Pada keadaan strangulate akan timbul gejala ileus, yaitu perut kembung, muntah dan obstipasi. Pada strangulasi nyeri yang timbul lebih hebat dan continue, daerah benjolan menjadi merah dan pasien menjadi gelisah.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Muttaqin dan Sari (2015) pemeriksaan penunjang pada hernia:

- a. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan elektrolit.
- c. USG

Untuk menilai masa hernia inguinalis.

2.1.9. Penatalaksanaan

Penanganan hernia ada dua macam yaitu:

a. Konservatif

a) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam vacum peritonii atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponible dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinal strangulata kecuali pada anak-anak.

b) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alcohol di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari vacum peritonii.

b. Operatif

Operasi dilakukan dengan tiga tahap yaitu:

a) Herniotomy

Membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.

b) Hernioraphy

Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus

intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum).

c) Hernioplasty

Menjahitkan conjoint tendon pada ligamentum inguinale agar LMR hilang atau tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam kelangsungan hidup pasien dan aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitasi, dan preventif perawatan kesehatan. Menurut shore, untuk sampai hal ini, profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah yang menggabungkan elemen yang paling relevan dari system teori, dengan menggunakan metode ilmiah (Bararah dan Jauhar, 2013).

Proses asuhan keperawatan adalah proses yang terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian keperawatan, identifikasi/analisa data masalah (diagnosa keperawatan), perencanaan (intervensi), tindakan (implementasi), dan evaluasi.

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada

tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang di tetapkan. Selanjutnya tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Rohmah, 2016). Dalam pengkajian, terdapat sub tahapan yang meliputi pengumpulan data (macam dan sumber), teknik pengumpulan data, dan dokumentasi data.

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah kejadian untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Rohmah, 2016).

a) Macam Data

Adapun macam data yang dikaji ada empat macam yaitu:

a) Data Dasar

Data dasar seluruh informasi tentang status kesehatan klien.

Data dasar ini meliputi: data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan.

b) Data Fokus

Data focus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data focus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat. Data ini nantinya akan mendapat porsi yang

lebih banyak dan menjadi dasar timbulnya masalah keperawatan.

c) Data Subjektif

Data subjektif merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun keluarga dalam menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien untuk mendapatkan data ini dilakukan secara langsung.

d) Data Objektif

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat di ukur dan di observasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi perawat.

b) Sumber Data

Adapun sumber data yang perlu dikaji, yaitu:

a) Sumber data primer

Sumber data primer adalah klien.

b) Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah selain klien seperti keluarga, orang terdekat, teman dan orang lain yang tahu tentang status klien. Selain itu, tenaga kesehatan yang lain seperti

dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, radiologi juga termasuk sumber data sekunder.

b. Teknik pengumpulan data

1. Anamnesis

Anamnesis adalah tanya jawab atau komunikasi secara langsung dengan klien (*auto anamnesis*) maupun tidak langsung (*allo anamnesis*) dengan keluarga untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Komunikasi yang di gunakan disini adalah komunikasi terapeutik, yaitu suatu pola hubungan interpersonal antara klien dan perawat yang bertujuan untuk menggali informasi mengenai status kesehatan klien.

2. Observasi

Pada tahap ini dilakukan pengamatan secara umum. Terhadap perilaku dan keadaan klien. Observasi memerlukan keterampilan, disiplin, dan praktek klinik.

c. Pendokumentasian Data

1. Identitas

a) Identitas klien

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, tanggal masuk RS, tanggal

pengkajian, tanggal rencana operasi, no medrec/register, diagnosa medis.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien, dan alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

1) Keluhan Utama saat Masuk Rumah Sakit

Keluhan utama pasien dengan Hernia Inguinalis adalah adanya benjolan akibat masuknya materiil melalui kanalis inguinalis bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak. Nyeri hebat bersifat akut berupa nyeri terbakar pada sisi hernia terutama pada hernia strangulata dan hernia inkaserata (Muttaqin dan Sari, 2012).

2) Keluhan Saat di Kaji

Keluhan utama pada pasien *Post Op Hernioraphy* yang timbul nyeri, lemas, pusing, mual, dan kembung. Menurut Muttaqin dan Sari (2012), pada klien *post op hernioraphy* akan mengeluh nyeri pada bekas operasi. Nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri hebat pada 2 jam pertama pasca

operasi di karenakan pengaruh obat anestesi hilang, nyeri hilang timbul/menetap sepanjang hari.

3) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, tuberculosis, heipertensi, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif. Serta riwayat batuk kronis dan tumor intraabdominal, bedah abdominal (Muttaqin dan Sari, 2012).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi didalam rumah (Muttaqin dan Sari, 2012).

c) Pola Aktivitas Sehari-hari.

a) Pola nutrisi

Pada klien Hernia Inguinalis muncul gejala anoreksia, mual/muntah, flatus dan sendawa (Sandra, 2013).

b) Pola eliminasi

Pasien post operasi dapat mengalami konstipasi sebagai efek dari puasanya. Tidak terjadi perubahan warna urine dan feses pada klien (Sandra, 2013)

c) Pola istirahat tidur

Pola tidur bisa saja terganggu pada pasien post operasi, karena adanya rasa nyeri, cemas ataupun tidak nyaman akibat proses pembedahan (Sandra, 2013).

d) Pola personal hygiene

Biasanya pasien post operasi dalam memenuhi perawatan dirinya memerlukan bantuan (Sandra, 2013).

e) Pola aktivitas fisik

Aktivitas klien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi (Sandra, 2013).

d) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran dapat *compos mentis* sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang di alami, dapat terlihat adanya kesakitan, lemah atau kelelahan (Muttaqin dan Sari, 2012)

b) Sistem Pernafasan

Terjadi perubahan dan frekuensi pernafasan menjadi lebih cepat akibat nyeri (Doenges, 2010).

c) Sistem Kardiovaskuler

Ditemukan adanya tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering, tekanan darah dan nadi meningkat (Doenges, 2010).

d) Sistem Pencernaan

Ditemukan penurunan bising usus atau tidak ada bising usus menandakan gejala obstruksi intestinal (Muttaqin dan Sari, 2012).

e) Sistem Persyarafan

Dikaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi nervus kranialis. Biasanya tidak ada kelainan pada system persyarafan (Sandra, 2013).

f) Sistem Penglihatan

Tidak ada tanda-tanda penurunan pada system penglihatan (Sandra, 2013).

g) Sistem Pendengaran

Uji kemampuan pendengaran dengan tes Rine, Webber, dan Schwabach menunjukkan tidak ada keluhan pada system pendengaran (Sandra, 2013).

h) Sistem Muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri (Muttaqin dan Sari, 2012).

- i) Sistem Integument

Adanya luka operasi pada abdomen. Turgor kulit <3 detik menandakan gejala dehidrasi. (Muttaqin dan Sari, 2012)
- j) Sistem Endokrin

Biasanya tidak ada keluhan pada system endokrin. Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan getah bening (Sandra, 2013).
- e) Riwayat Psikologi

Klien mengalami peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan dan pengobatan (Muttaqin dan Sari, 2012).
- f) Data Sosial

Biasanya klien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Sandra, 2013).
- g) Data Spiritual

Mengkaji keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa dan pelaksanaan ibadah klien dapat terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi (Sandra, 2013).

2.2.2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa yang muncul setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian, secara garis besar, diagnosa keperawatan yang sering timbul pada pasien *Post Operasi Hernioraphy* (sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015)

- a. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah.
- c. Gangguan rasa nyaman.
- d. Resiko perdarahan.
- e. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah/operasi.

2.2.3. **Intervensi**

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang mencapai tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat di atasi (Bararah & Jauhar, 2013).

Adapun rencana keperawatan sesuai diagnosa yang muncul pada klien dengan *Post Operasi Hernioraphy* berdasarkan buku Aplikasi Asuhan Keperawatan (sumber: Nurarif dan Kusuma, 2015):

- a. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.

NOC:

- a) Pain level
- b) Pain control
- c) Comfort level

Kriteria hasil:

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmkologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

NIC:

Table 2.1
Intervensi Dan Rasional Nyeri Akut

Intervensi	Rasional
<i>Pain Management</i>	
Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi	Membantu mengevaluasi derajat ketidaknyamanan dan efektivitas analgesia atau dapat mengungkapkan perkembangan komplikasi (Doenges, 2014)
Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indicator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal (Doenges, 2014)
Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Marni, 2010)
Kaji kultur yang mempengaruhi respon	Informasi ini menentukan data dasar kondisi

nyeri	pasien dan memandu intervensi keperawatan (Marni, 2010)
Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	Penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan keterlibatan pasien. Penggunaan teknik efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa control, dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang (Doenges, 2014)
Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau	Memahami keparahan dan lokasi nyeri, membantu untuk menentukan upaya control nyeri yang tepat. Intervensi meliputi mediasi, pengaturan posisi, pengalihan, imajinasi, relaksasi, dan teknik pernafasan (Doenges, 2014)
Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	Informasi ini akan membantu menemukan tindakan selanjutnya (Marni, 2010)
Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan	Untuk meningkatkan manajemen nyeri nonfarmakologi (Marni, 2010)
Kurangi faktor presipitasi nyeri	Meningkatkan istirahat dan meningkatkan kemampuan coping (Marni, 2010)
Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal)	Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan (Marni, 2010)
Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	Menentukan data dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Doenges, 2014)
Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi distraksi dengan menggunakan terapi audio <i>Murottal Quran</i>)	Pemberian terapi bacaan Al-Quran terbukti mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang di tangkap oleh tubuh, menurunkan rangsangan reseptor nyeri sehingga otak mengeluarkan opioid natural endogen (Asman, 2008)
Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat (Marni, 2010)
Evaluasi keefektifan control nyeri	Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan di perlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan (Doenges, 2014)
Tingkatkan istirahat	Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan coping (Doenges, 2014)
Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan suatu komplikasi, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang cepat dan tepat (Doenges, 2014)
Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien (Marni, 2010)

<i>Analgesic Administration</i>	
Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	Dapat menentukan medikasi yang tepat agar tujuan tercapai maksimal (Mades, 2015)
Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana, 2017)
Cek riwayat alergi	Mencegah terjadinya alergi ketika pemberian medikasi (Mades, 2015)
Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu	Dapat mengoptimalkan penggunaan analgesic dalam upaya mengurangi skala nyeri klien (Mades, 2015)
Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan beratnya nyeri	Penggunaan tipe analgesic yang sesuai dengan beratnya nyeri akan dapat mengatasi nyeri secara adekuat (Mades, 2015)
Tentukan analgesic pilihan, rute, pemberian, dan dosis optimal	Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana, 2017)
Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur	Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana, 2017)
Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali	Mengetahui adanya perubahan tanda-tanda vital sebelum dan setelah diberikan analgesic sehingga dapat menentukan kondisi klien saat ini (Mades, 2015)
Berikan analgesic tepat waktu terutama saat nyeri hebat	Penanganan nyeri secara cepat dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kenyamanan klien (Mades, 2015)
Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala	Untuk menentukan keberlanjutan pemakaian analgesic (Mades, 2015)

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual

muntah.

NOC:

- a) Nutritional status
- b) Nutritional status: food and fluid
- c) Intake
- d) Nutritional status: nutrient intake
- e) Weight control

Kriteria hasil:

- a) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.
- b) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
- c) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- d) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
- e) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan.
- f) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

NIC:

Table 2.2
Intervensi Dan Rasional Ketidakseimbangan Nutrisi

Intervensi	Rasional
Kaji adanya alergi makanan	Menentukan dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Marni, 2010)
Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien	Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (Marni, 2010)
Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	Zat besi dapat membantu tubuh sebagai zat penambah darah sehingga mencegah terjadinya anemia atau kekurangan darah (Marni, 2010)
Berikan substansi gula	Larutan glukosa ditambahkan dan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dL. Dengan metabolisme mendekati normal, perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia (Marni, 2010)
Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	Serat dibutuhkan tubuh sebagai bagian dari makanan yang tidak dapat dicerna, asupan serat mampu membantu tinja menjadi lunak sehingga lebih mudah bergerak sepanjang saluran pencernaan (Marni, 2010)
Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)	Untuk mendokumentasikan masukan oral selama 24 jam (Marni, 2010)
Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	Dokumentasikan masukan oral selama 24 jam, riwayat makanan, jumlah kalori dengan tepat (Doenges, 2014)
Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	Dengan pengetahuan yang baik tentang nutrisi akan memotivasi untuk

	meningkatkan pemenuhan nutrisi (Doenges, 2014)
Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang di butuhkan	Untuk mengetahui kekurangan nutrisi pasien (Marni, 2010)

c. Gangguan Rasa Nyaman

NOC:

- a) Anxiety self-control
- b) Anxiety level
- c) Coping

Kriteria hasil:

- a) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
- b) Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan teknik untuk mengontrol cemas.
- c) Vital sign dalam batas normal.
- d) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurangnya kecemasan.

NIC:

Table 2.3
Intervensi Dan Rasional Gangguan Rasa Nyaman

Intervensi	Rasional
Gunakan pendekatan yang menenangkan	Menentukan dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Marni, 2010)
Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien	Seringkali pernyataan perasaan akan mempermudah pasien untuk menghadapi situasi dengan lebih baik (Doenges, 2014)
Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur	Informasi menurunkan cemas, dan rangsangan simpatis (Marni, 2010)
Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut	Dukungan yang terus menerus mungkin membantu pasien memperoleh kembali

	control focus internal dan mengurangi ansietas (Marni, 2010)
Identifikasi tingkat kecemasan	Tanpa memperhatikan realitas situasi, persepsi akan mempengaruhi bagaimana setiap individu menghadapi penyakit/stress (Doenges, 2014)
Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	Identifikasi masalah spesifik akan meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapinya dengan lebih realistis (Marni, 2010)
Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi	Perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan dan menghadapinya (Marni, 2010)
Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi	Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan coping (Doenges, 2014)

d. Resiko Perdarahan

NOC:

- a) Blood lose severity
- b) Blood koagulation

Kriteria hasil:

- a) Tidak ada hematuria dan hemetemesis
- b) Kehilangan darah yang terlihat
- c) Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole
- d) Tidak ada perdarahan pervagina

NIC:

Table 2.4
Intervensi Dan Rasional Resiko Perdarahan

Intervensi	Rasional
Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	Simtomatologi dapat berguna dalam mengukur berat/lamanya episode perdarahan (Marni, 2010)
Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah	Alat untuk menentukan kebutuhan

terjadinya perdarahan	penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi (Marni, 2010)
Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit	Alat untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi (Marni, 2010)
Monitor TTV	Perubahan TD dan nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar kehilangan darah (Marni, 2010)
Kolaborasi dengan pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)	Pergantian cairan tergantung pada derajat hypovolemia dan lamanya perdarahan (Marni, 2010)
Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	Trauma dapat mencetus perdarahan lanjut (Marni, 2010)

e. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah/operasi

NOC:

- a) Immune status
- b) Knowledge: infection control
- c) Risk control

Kriteria hasil:

- a) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- b) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- d) Menunjukkan perilaku hidup sehat.

NIC:

Table 2.5
Intervensi Dan Rasional Resiko Infeksi

Intervensi	Rasional
Bersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain	Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Marni, 2010)
Pertahankan teknik isolasi	Untuk meningkatkan pemulihan dan

	mencegah komplikasi (Marni, 2010)
Batasi pengunjung bila perlu	Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain (Marni, 2010)
Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	Untuk meminimalkan penyebaran infeksi (Marni, 2010)
Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan	Mencuci tangan dengan baik dapat mengurangi penyebaran infeksi nosokomial (Marni, 2010)
Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	Untuk mencegah terjadinya infeksi (Marni, 2010)
Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	Untuk meningkatkan kesembuhan pada pasien (Marni, 2010)
Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	Untuk meminimalkan penyebaran infeksi (Marni, 2010)
Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	Teknik steril membantu untuk mencegah infeksi bakteri (Doenges, 2014)
Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan	Membatasi sumber infeksi, dimana dapat menimbulkan sepsis pada pasien (Doenges, 2014)
Berikan terapi antibiotic bila perlu	Obat antibiotic untuk melawan infeksi (Marni, 2010)
Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik local	Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien (Marni, 2010)

2.2.4. Implementasi

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahanan perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah:

- a. Mempertahankan daya tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan system tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang di amati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen *SOAP/SOAPIE/SOAPIER*. Pengertian *SOAPIER* adalah sebagai berikut:

a. **S: Data Subjektif**

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih di rasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. **O: Data Objektif**

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang di rasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A: Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat di tuliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

d. P: Planing

Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau di tambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

e. I: Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang di lakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). Tulis tangan dan jam pelaksanaan.

f. E: Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R: Reassessment

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri menurut *International For the Study Of Pain* (IASP) pada tahun 1997, di definisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang di teruskan ke system saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai *nosisepsi*. Penilaian nyeri tidak akan pernah lepas dari subjektivitas pasien. Namun skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif (Kapita Selekt Kedokteran, 2014).

2.3.2 Klasifikasi

1. Berdasarkan patofisiologi

1) Nyeri nosiseptif

Nyeri yang terjadi akibat nosiseptor yang berlangsung secara terus menerus oleh stimulus *noxious* (jejas, penyakit, inflamasi). Intensitas nyeri nosiseptif berbanding lurus dengan intensitas kadar stimulus, semakin besar kerusakan, semakin nyeri.

2) Nyeri neuropatik

Disebabkan gangguan sinyal pada system saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jenis atau kerusakan pada system saraf.

Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolik (misal diabetes), infeksi (misal herpes zoster, tumor

2. Berdasarkan waktu

1. Nyeri akut

Yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik, sebagai respon terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Meskipun hanya berlangsung sebentar, jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu tatalaksana nyeri akut dilakukan secara agresif.

2. Nyeri kronis

Nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan, dengan intensitas jejas yang minimal atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut.

2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan hal yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman seseorang terhadap nyeri. Seorang perawat harus mempertimbangkan faktor-faktor tersebut dalam menghadapi klien

yang mengalami nyeri. Hal ini sangat penting dalam pengkajian nyeri yang akurat dan memilih terapi nyeri yang baik.

a. Usia

Menurut Potter & Perry (2009) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kedua kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Anak-anak kesulitan untuk memahami nyeri dan beranggapan kalau apa yang dilakukan perawat dapat menyebabkan nyeri.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan wanita tidak mempunyai perbedaan secara signifikan mengenai respon mereka terhadap nyeri. Masih diragukan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang berdiri sendiri dalam ekspresi nyeri. Misalnya anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis dimana seorang wanita dapat menangis dalam waktu yang sama.

c. Budaya

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Nilai-nilai budaya perawat dapat berbeda dengan nilai-nilai budaya pasien dari budaya lain. Harapan dan

nilai-nilai budaya perawat dapat mencakup menghindari ekspresi nyeri yang berlebihan, seperti menangis atau meringis yang berlebihan.

2.3.4 Pemeriksaan Penunjang

Alat yang digunakan untuk menilai skala nyeri terdiri atas dua macam yaitu:

1. Skala Wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

Penilaian nyeri menggunakan skala Wong-Baker sangatlah mudah namun perlu kejelian sipenilai pada saat memperhatikan ekspresi wajah penderita karena penilaian menggunakan skala ini dilakukan dengan hanya melihat ekspresi wajah penderita pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya.

Gambar 2.2. Faces Pain Rating Scale

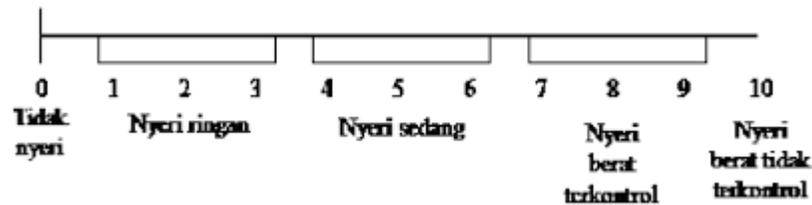


2. Numeric Rating Scale (NRS)

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dan dapat dilakukan secara fleksible dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat di andalkan untuk beberapa

tipe pasien tertentu, seperti pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif.

Gambar 2.3. Numeric Rating Scale



2.3.5 Tatalaksana Nyeri

1. Tatalaksana Farmakologi

Berbagai macam klasifikasi digunakan untuk obat-obat anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat di bagi menjadi:

- 1) Analgetik *nonopioid* misalnya : asetaminofen, obat antiinflamasi nonsteroid, termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.
- 2) Analgetik *opioid* misalnya : morfin sulfat, kodein, fentanyl, oxycodon

2. Tatalaksana Non Farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dapat dilakukan dengan beberapa macam yaitu:

- a. Imajinasi terbimbing
- b. Stimulasi saraf elektrik transkutan
- c. Stimulasi dan Masase Kutaneus

- d. Terapi Es dan Panas
- e. Terapi Audiovisual
- f. Teknik Distraksi dan Relaksasi

Salah satu terapi non farmakologi yang dapat dilakukan adalah dengan terapi distraksi relaksasi dengan menggunakan murottal qur'an. Melalui terapi pembacaan *Al-Quran* terjadi perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung dan kadar darah pada kulit (Asman, 2008). Perubahan tersebut menunjukkan adanya penurunan ketegangan saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya vasodilatasi dan peningkatan kadar darah dalam kulit, diiringi dengan penurunan frekuensi detak jantung, pemberian terapi bacaan *Al-Quran* terbukti mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaran suara menjadi gelombang yang di tangkap oleh tubuh, menurunkan rangsangan reseptor nyeri sehingga otak mengeluarkan opioid natural endogen. Opioid ini bersifat permanen memblokade *nociceptor* nyeri.

Menurut Rilla, et all (2014). Pada penelitian tiga pria dan dua perempuan. Robb (2000) menemukan bahwa mereka mendapatkan ketenangan sebanyak 65% ketika mendengarkan murottal meski tidak memahami bahasa arab dan tidak diberi tahu bahwa yang diperdengarkan adalah ayat al-qur'an. Responden hanya mendapatkan ketenangan sebanyak 35% ketika mendengarkan alunan bahasa Arab yang bukan dari al-qur'an.

2.3.6 Mekanisme Nyeri

Menurut Mangku dan Senapathi (2010) nyeri muncul akibat adanya rangsangan dari zat-zat analgesic pada reseptor nyeri yang banyak di jumpai pada lapisan-lapisan superficial kulit dan beberapa jaringan di dalam tubuh. Ada empat proses yang jelas yang terjadi mengikuti suatu proses elektrofisiologik nosisepsi, yaitu:

1. Transduksi

Merupakan proses stimulasi nyeri yang diterjemahkan atau di ubah menjadi suatu aktivitas listrik pada ujung-ujung saraf.

2. Transmisi

Merupakan proses penyaluran impuls melalui syaraf sensoris menyusul proses transduksi. Impuls ini akan disalurkan oleh serabut saraf A delta dan C sebagai neuron pertama dari perifer ke medulla spinalis.

3. Modulasi

Merupakan proses interaksi antara system analgesic endogen dengan impuls nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis.

4. Persepsi

Merupakan hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi, transmisi dan modulasi yang pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan yang subjektif.