

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes
Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

REZA SYAFTIAWAN

NIM: AKX.16.108



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reza Syaftiawan

NIM : AKX.16.108

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya Bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil 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 di buktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atasa perbuatan tersebut.

Bandung, Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan

A green and yellow postage stamp with the text "METERAI TEMPEL" at the top, a serial number "B0526AFF670220024", and the value "6000 ENAM RIBU RUPIAH" at the bottom. A signature is written over the stamp.

Reza Syaftiawan

AKX.16.108

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HERNIORAPHY DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

OLEH

REZA SYAFTIAWAN

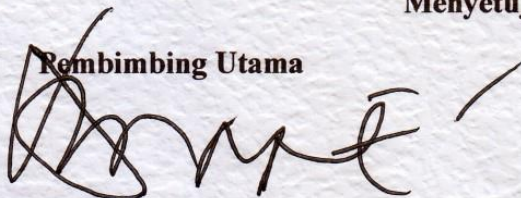
AKX.16.108.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji

Mei 2019

Menyetujui

Pembimbing Utama



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

NIK:10105036

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.kep.,Ners.,M.kep

NIK:10104025

Mengetahui

Ketua Prodi DHI Keperawatan



Tuti Suprapti, S.kp.,M.Kep

NIK:1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HERNIORAPHY DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

OLEH:


REZA SYAFTIAWAN

AKX.16.108

Telah berhasil di pertahankan dan di uji diharapkan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua: Agus M. D, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

()

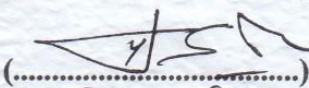
(Pembimbing Utama)

Anggota:


1. Tuti Suprapti, S.kp.,M.Kep

()

2. Sri Sulami, S.Kep.,MM

()

3. Vina Vitniawati, S.kep.,Ners.,M.kep

()

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung**



**Rd. Siti Jandiah, S.Kp.,M.Kep
NIK: 10107064**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat 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 DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RSUD Dr. SLAMET GARUT” Dengan sebaik - baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih 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 Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Maskut Farid dr., MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Dr. Slamet Garut yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini
4. Tuti Suprapti, S,kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

5. Agus M D, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes selaku pembimbing utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Vina Vitniawati, S.kep.,Ners.,M.Kes selaku pembimbing pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Asep S.Kep.,Ners selaku CI ruangan Topaz yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi selama penulis melakukan praktek keperawatan di RSUD. Dr.Slamet Garut
8. Tn. A dan Tn. J bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung
10. Ayahanda H. Syafrizal. Ibunda Hj. Enny.S.Pd. Kakakku Bryan Rizaldi,dr. Dan adikku alyah eka putri, yang telah memberikan semangat, motivasi, dan materi
11. Para senior dan sahabatku khususnya Aldi Prananda Josandi, M Lukman Maulana, Ariq Abizhar, Anggas Ardiyanto, Pramudita Medica, Reno Eri Maulana, Rahadyan Muja. Teman-teman seperjuangan angkatan XII 2016 yang berjuan bersama-sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak

kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, Maret 2019

Reza Syaftaiwan

ABSTRAK

Latar Belakang: Hernia merupakan suatu benjolan pada rongga defek atas bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Banyaknya angka kejadian Hernia di RSUD Dr. Slamet Garut di ruang topaz periode Januari hingga Desember 2018 mencapai 174 kasus. Tindakan operasi Hernia menyebabkan terjadinya perubahan kontinuitas jaringan tubuh sehingga klien merasakan nyeri akut. **Tujuan :** melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *hernioraphy* nyeri akut RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** Studi kasus pada makalah ini bertujuan untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan yang terperinci dengan metode pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi dengan mengobservasi permasalahan secara langsung. **Hasil:** Setelah dilakukan studi kasus pada dua klien post-hernia inguinalis dengan masalah keperawatan nyeri akut, dengan memberikan intervensi asuhan keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus satu dan dua dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak memiliki respon yang selalu sama terhadap kasus hernia inguinalis gangguan pencernaan, peningkatan intra abdomen, mengangkat benda berat, perubahan pola hidup dan jika panjang *post*-operasi pasien yang berbeda. Untuk itu, perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada klien. Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan sarana dan pra-sarana terhadap pihak institusi pendidikan dengan memenuhi ketersediaan literatur terbitan terbaru mengenai hernia inguinalis dan nyeri akut sehingga ilmuwan dapat menambahkan wawasan kelimuan mahasiswa.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Hernioraphy*, Nyeri Akut,

Daftar Pustaka : 14 buku (2009-2015), 3 jurnal (2013-2014), 1 website (2012).

ABSTRACT

Background: *hernia is a lump in cavities septal over the weaker part of the walls of a cavity concerned .Many incidence hernia in public hospitals dr .Slamet outlined in the topaz january dasember 2018 reached 174 cases .The act of operation of hernia caused changes continuity body tissues that clients acute pain. Research Purpose: implement clients nursing care public hospital dr hernioraphy acute pain .Slamet garut. Method: case study in this paper aimed at exploring an issue with the details with the deep to collect data and taking various sources of information by mengobservasi problems directly. Result: through a case study on two clients post-hernia inguinal canal nurses in the acute pain , with care nursing memeberikan intervention , the nursing acute pain in the case of one and two can be reduced on the third day. Discussion: clients by a problem nursing acute pain do not have of the response that always the same on cases an inguinal hernia a disorder of the digestive, an increase in areas intra the abdomen is , raise heavy objects , change the way people live and if long post-operasi cases of patients who different from what is mentioned .In order to do this , the nurse who often says child care center had to carry out the for a comprehensive approach to deal with a problem keperawatan for a client .A writer of suggest to the hospital in order to increase the all of those facilities and pra-sarana against parties education institutions that fulfills the availability of the literature of new released to make a statement on an inguinal hernia and acute pain so that scientists can add kelimuan what the students are insight into the subject of.*

Keyword: *Acute Pain, Herniorrhaphy, Nursing Care*

Bibliography: 14 books (2009-2015), 3 journals (2013-2014), 1 website (2012).

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel	xiv
Daftar Bagan	xv
Daftar Lampiran	xvi
Daftar Lambang, Singkatan, dan istilah.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5

1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Definisi Hernia.....	7
2.1.2 Anatomi Hernia.....	7
2.1.3 Anatomi Hernia Inguinal.....	9
2.1.4 Bagian Klasifikasi Hernia	11
2.1.5 Etiologi.....	14
2.1.6 Pathofisiologi	15
2.1.7 Manifestasi Klinis	18
2.1.8 Komplikasi	20
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	20
2.1.10 Penatalaksanaan Medis	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	23
2.2.1 Pengkajian	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	33
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	34
2.2.4 Implementasi	43
2.2.5 Evaluasi.....	44
2.3. Konsep Nyeri	46
2.3.1 Defenisi Nyeri	46
2.3.2 Klasifikasi Nyeri	46
2.3.3 Diagnosa Nyeri.....	49

2.3.4 Tatalaksana Nyeri.....	51
BAB III METODE PENELITIAN	55
3.1 Desain Penelitian.....	55
3.2 Batasan Istilah	55
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	56
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	56
3.5 Pengumpulan Data	57
3.6 Uji keabsahan Data	58
3.7 Analisa Data	59
3.8 Etik Penelitian	60
BAB IV HASIL DAN PEMBAHAN	64
4.1 Hasil	64
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data.....	64
4.1.2 Asuhan Keperawatan	65
4.1.2.1 Pengkajian	65
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	79
4.1.2.3 Intervensi.....	81
4.1.2.4 Implementasi	84
4.1.2.5 Evaluasi	93
4.2 Pembahasan.....	94
4.2.1 Pengkajian	94
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	96
4.2.3 Perencanaan.....	97

4.2.4 Implementasi	97
4.2.5 Evaluasi	98
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	100
5.1 Kesimpulan	100
5.1.1 Pengkajian.....	100
5.1.2 Diagnosis.....	101
5.1.3 Intervensi.....	101
5.1.4 Implementasi.....	102
5.1.5 Evaluasi.....	103
5.2 Saran.....	103
5.2.1 Bagi Perawat.....	103
5.2.2 Bagi Rumah Sakit.....	103
5.2.3 Bagi Insitusi.....	103
 DAFTAR PUSTAKA	
 LAMPIRAN	
 DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.2.1 Anatomi <i>Hernia</i>	8
Gambar 2.1.3.1 Anatomi <i>Hernia Inguinalis</i>	10
Gambar 2.1.3.2 Anatomi <i>Hernia Inguinalis</i> dibagi menjadi 2 macam.....	11
Gambar 2.3.3.4 Visual Analogue Scale (VAS).....	50
Gambar 2.3.3.5 Numeric Rating Scale (NRS)	51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	35
Tabel 2.2 Intervensi Ketidak Seimbangan Nutrisi	38
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Perdarahan.....	41
Tabel 2.4 Intervensi Resiko Infeksi	43
Tabel 4.1 Identitas Klien	65
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	66
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	67
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	69
Tabel 4.5 Data Psikologis	73
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	74
Tabel 4.7 Program dan Rencana Pengobatan.....	76
Tabel 4.8 Analisa Data.....	77
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	79
Tabel 4.10 Intervensi.....	80
Tabel 4.11 Implementasi.....	84
Tabel 4.12 Evaluasi.....	93

DAFTAR BAGAN

2.1.6.1. Pathway *Hernia*.....17

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	: Lembar Konsul KTI
LAMPIRAN II	: Lembar Persetujuan Justifikasi
LAMPIRAN III	: Lembar Observasi
LAMPIRAN IV	: Satuan Acara Penyuluhan
LAMPIRAN V	: Leaflet
LAMPIRAN VI	: Jurnal
LAMPIRAN VII	: Lembar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BUN	: Blood Urea Nitrogen
Ca	: Kalsium
Cl	: Klorida
cm	: Sentimeter
CRT	: Capillary Rapid Time
DM	: Diabetes Militus
DepKesRI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
GCS	: Glaslow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
HIL	: Hernia Inguinal Lateralis
IASP	: Association for the Study of Pain
IV	: Intra Vena
IPPA	: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

K	: Kalium
LMR	: Locus Minoris Resistence
N	: Nadi
Na	: Natrium
NGT	: Nasogastrik Tube
NRS	: Numeric Rating Scale
OAINS	: Obat Antiinflamasi Non Steroid
PES	: Problem, Etiologi, Simptom/Sign
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
POD	: Post Operasi Day
RDA	: Recommended Daily Allowance
RR	: Respirasi
RSU	: Rumah Sakit Umum
S	: Suhu
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SIAS	: Spina Iliaka Anterior Superior
TBC	: Tuberculosis

TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator
TTV	: Tanda-tanda Vital
TURP	: Transurethral Resection of the Prostate
VAS	: Visual Analogue Scale
WBC	: White Blood Cell
WHO	: World Health Organization
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan salah satu penyakit sistem pencernaan yang di akibatkan oleh kelemahan dinding abdomen, peningkatan tekanan intra abdomen, adanya cairan di rongga perut, kegemukan, batuk, terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar, adanya cairan di rongga perut, *peritoneal dialysis*, *ventriculoperitoneal shunt*, penyakit paru obruktif kronis, riwayat keluarga ada yang menderita *hernia* dan mengangkat benda berat termasuk perubahan pola hidup akan memungkinkan terjadinya penyakit seperti *hernia*. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Hernia juga merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada *hernia* abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskulo-aponeurotik dinding perut. (Nurarif & Kusuma, 2015) *Hernia abdominalis* yang paling banyak terjadi adalah *hernia inguinalis* sekitar 75% dan sekitar 50 persenya merupakan *hernia inguinalis lateralis*. Diperkirakan 15% populasi dewasa menderita *hernia inguinal*, 5-8% pada rentang usia 25-40 tahun dan mencapai 45% pada usia 75 tahun. *Hernia inguinalis* di jumpai 25 kali lebih banyak pada pria di banding wanita. Satu-satunya cara untuk penyembuhan *hernia* adalah dengan tindakan operatif, baik terbuka maupun *laparaskopik*. (Tjitra, 2014)

Penderita *hernia* tiap tahunnya terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita *hernia* segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12.7%) dengan penyebaran yang paling banyak adalah daerah Negara-negara berkembang seperti Negara-negara Afrika, Asia tenggara negara 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 dengan Februari 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan *hernia inguinalis*, termasuk berjumlah 230 orang (5,59%). (DepKesRI, 2011). Berdasarkan data yang didapatkan oleh penulis dari rekam medik RSUD Dr.Slamet Garut di ruang topaz dari bulan januari sampai dengan bulan November 2018. *Hernia* termasuk penyakit yang paling banyak terjadi yaitu sekitar 174 kasus dan menduduki peringkat pertama dari 25 kasus pembedahan.

Hernia memerlukan tindakan berupa tindakan operatif seperti *herniotomy*, *hernioplasty* dan *hernioraphy*. Salah satu tindakan operatif yang dilakukan yaitu pembedahan *hernioraphy*. Pembedahan *hernioraphy* merupakan 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). Dampak jika *hernia* tidak dilakukan operasi akan semakin membesar seperti terhentinya pasokan darah ke usus menyebabkan kematian jaringan dan kerusakan permanen.

(Muttaqin & Sari, 2011). Masalah keperawatan yang muncul pada klien Post Operasi *Hernioraphy* di antaranya nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik. Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. (Nurarif & Kusuma, 2015). Nyeri yang di rasakan pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. (Black & Hawks, 2014). Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Assocoation for the study of pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Tindakan pembedahan yang dilakukan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri setelah pembedahan merupakan salah satu diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Nyeri akut dapat memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembalinya aktifitas klien. Oleh karena itu perawat diharapkan mampu mengelola nyeri dengan memberikan terapi nonfarmakologi relaksasi dan distraksi yang diharapkan mampu mengurangi skala nyeri. Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Hernioraphy* Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut ? ”

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post operasi hernioraphy dengan nyeri akut pada klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.

- e. Melakukan evaluasi pada klien post operasi hernioraphy dengan nyeri akut pada klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada pasien post operasi hernioraphy dengan nyeri akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Perawat

Hasil karya tulis ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien post operasi *hernioraphy* dengan nyeri akut..

1.4.2.2 Rumah sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien post operasi hernioraphy dengan nyeri akut di RSUD dr Slamet Garut.

1.4.2.3 Bagi institusi

Untuk referensi agar dapat di gunakan sebagai bahan perbandingan dalam pelaksanaan penelitian selanjutnya dan sebagai sumber bacaan yang dapat menunjang dalam kegiatan perkuliahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Defenisi Hernia

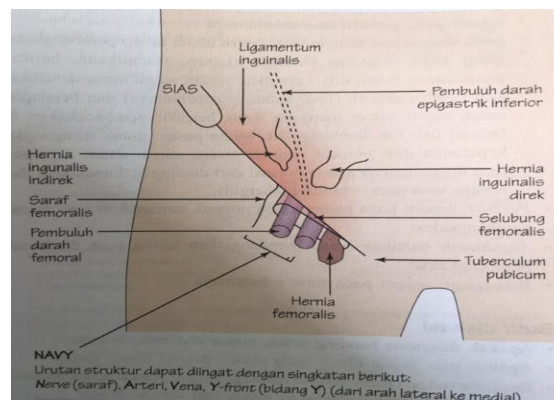
Hernia adalah keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan. *Hernia inguinal* adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui anulus inguinalis yang terletak di sebelah *lateral vasoepigastrika inferior* menyusuri kanal inguinal dan keluar ke rongga perut melalui *anulus inguinalis eksternus*. *Hernia inguinal* adalah menonjolnya suatu organ atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui sebuah defek konginital. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Hernia Inguinalis Lateralis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. *Hernia inguinalis Lateralis* terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan dibawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, anda mungkin terkena hernia ini. *Hernia* tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan. (Nurarif & Kusuma, 2015).

Hernioraphy mulai dari mengikat leher hernia dan menggantikannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum). (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.2. Anatomi Hernia

2.1.2.1. Gambar Anatomi Hernia



(Sumber: Blundell & Harrison, 2015)

- a. Pemeriksaan sangat bergantung pada pengetahuan anatomi. Anda diharapkan mampu menunjukkan pengetahuan anda agar dapat membedakan hernia inguinal dengan femoral, dan hernia direk dengan lindirek.
- b. Pentunjuk pada permukaan adalah :
 - 1) Spina iliaca anterior superior (SIAS)
 - 2) Tuberculum pubicum
- c. Ligamen inguinal berada di antara keduanya.

- d. Terbentuk dari serat aponeurosis oblik eksterna dan merefleksikan canalis inguinalis.
- e. Korda spermatica memasuki separuh canalis inguinalis sepanjang ligamen – titik tengah liamen inguinalis.
- f. Daerah tersebut merupakan lokasi cincin inguinal dalam
- g. Jangan keliru dengan titik tengah inguinal yang berada di pertengahan antara simfisis pubis dan SIAS, yang merupakan petunjuk permukaan dari arteri femoralis.
- h. Tuberculum pubicum adalah proyeksi tulang kecil pada puncak tulang pubis. Dapat sulit ditemukan bila tertutup lemak yang berlebihan! Berlatihlah sendiri. Trik yang bermanfaat yaitu dengan menentukan letak tendon adduktor yang mudah dipalpasi pada paha proksimal sebelah medial dan ikuti ke arah insersinya pada puncak pubis di bawah tuberkulum.

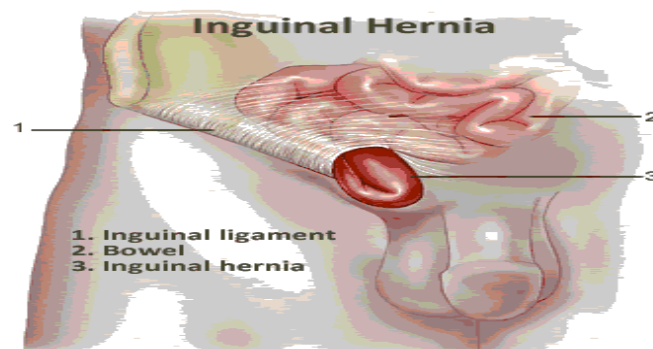
Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar, yang berhubungan dengan aponeurosis, fascia, lemak, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan fascia oblik yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan aponeurosis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

Otot transversus abdominalis adalah otot intenal dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah *hernia inguinalis*. Bagian kauda otot membentuk lingkungan aponeurotik transversus abdominalis sebagai tepi

atas cincin inguinal internal dan diatas dasar medial kanalis inguinalis. Ligementum inguinal menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Kanalis inguinalis dibatasi dikraniolateral oleh annulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fasia transversalis dan apneurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian atas terdapat apneurosis musculus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat aponerurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Erickson, 2009).

2.1.3. Anatomi Hernia Inguinal

2.1.3.1. Gambar Anatomi Hernia Inguinal



(Sumber: <https://drjosephtm.blogspot.com/2014/07/the-inguinal-hernia.html>)

Hernia inguinalis merupakan komdisi prostrusi organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin ingunalis (Muttaqin & Sari, 2011).

1. *Ingunal Ligament* rongga atau bagian dinding dari cincin inguinalis.

2. *Bowel* adalah usus.

3. *Inguinal Hernia* adalah menonjolnya suatu organ atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui sebuah defek konginital.

2.1.3.2. Gambar Anatomi Hernia Inguinalis dibagi menjadi 2 macam.



(Sumber: Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

1. Inguinalis Indirect

Inguinalis indirect atau biasa di sebut inguinalis lateralis yaitu batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma masuk kedalam kanalis inguinalis.

2. Inguinalis Direct

Batang usus melewati dinding inguinal bagian posterior. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.4. Bagian dan Klasifikasi Hernia

2.1.4.1. Bagian - bagian *hernia* :

a. Kantong *hernia*

Pada *hernia abdominalis* berupa peritoneum parietalis. Tidak semua *hernia* memiliki kantong, misalnya *hernia incisional* *hernia adiposa*, *hernia interstitialis*.

b. Isi *hernia*

Berupa organ atau jaringan yang keluar melalui kantong *hernia*, misalnya usus, ovarium, dan jaringan penyangga usus (*omentum*).

c. Pintu *hernia*

Merupakan bagian locus minoris resistance yang dilalui kantong *hernia*.

d. Leher *hernia*

Bagian tersempit kantong *hernia* yang sesuai dengan kantong *hernia*.

e. Locus Minoris Resistence (LMR)

2.1.4.2. Klasifikasi *hernia* :

a. Menurut lokasinya, *hernia inguinalis* adalah *hernia* yang terjadi dilipatan paha. Jenis ini merupakan yang tersering dan dikenal dengan istilah turun bero atau burut, *hernia umbilikus* adalah di pusat, *hernia femoralis* adalah di paha.

b. Menurut isinya, *hernia* usus halus, *hernia* omentum.

c. Menurut penyebabnya *hernia* kongenital atau bawaan, *hernia traumatica*, *hernia insisional* adalah akibat pembedahan sebelumnya.

2.1.4.3. Menurut terlihat dan tidaknya

- a. *Hernia* extern, misalnya *hernia inguinalis*, *hernia scrotalis*, dan sebagainya.
- b. *Hernia* intern misalnya *diagfragmatica*, *hernia foramen winslow*, *hernia obtuaforia*.

2.1.4.4. Menurut keadaannya

- a. *Hernia inkaserta* adalah bila isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke rongga perut disertai akibat yang berupa gangguan masase atau vasekelurisasi. Secara klinis *hernia inkaserta* lebih dimaksudkan untu *hernia irreponibel*.
- b. *Hernia strangulata* adalah jika bagian usus yang mengalami *hernia* terpuntir atau membengkak, dapat mengganggu aliran darah normal dan pergerakan otot serta mungkin dapat menimbulkan penyumbatan usus dan kerusakan jaringan.

2.1.4.5. Menurut nama penemunya

- a. *Hernia petit* yaitu *hernia* di daerah lumbosacral
- b. *Hernia spigelli* yaitu yang terjadi pada linen semi sirkulasi di atas penyilangan vasa epigastrika inferior pada muskulus rektus abdominalis bagian lateral.
- c. *Hernia richter* yaitu *hernia* dimana hanya sebagian dinding usus yang terjepit.

2.1.4.6. Menurut sifatnya.

- a. *Hernia* reponibel adalah bila isi *hernia* dapat keluar masuk. Isi *hernia* keluar jika berdiri atau mencedakan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- b. *Hernia* iroponibel adalah bila isi kantung *hernia* tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga.

2.1.4.7. Jenis *hernia* lainnya.

- a. *Hernia* pantolan adalah *hernia inguinalis* dan *hernia femoralis* yang terjadi pada sisi dan dibatasi oleh vasa epigastrika interior.
- b. *Hernia skrotalis* adalah *hernia inguinalis* yang isinya masuk ke scrotum secara lengkap.
- c. *Hernia littre* adalah *hernia* yang isinya adalah divertikulum meckeli. (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010).

2.1.5. Etiologi

2.1.5.1. Hal-hal yang mengakibatkan *hernia* adalah :

a. Kelemahan Abdomen

Lemahnya dinding abdomen bisa disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang didapat sesudah lahir dan usia dapat mempengaruhi kelemahan dinding abdomen (semakin bertambah usia

dinding abdomen semakin melemah).

b. Peningkatan Tekanan Intra Abdomen

Mengangkat benda berat, batuk kronis, kehamilan, kegemukan dan gerak badan yang berlebih.

c. Bawaan Sejak Lahir

Pada usia kehamilan 8 bulan terjadi penurunan testis melalui kanalis ingunal menarik peritoneus dan disebut plekus vaginalis, peritoneal hernia karena canalis ingunal akan tetap menutup pada usia 2 bulan.

- 1) Kebiasaan mengangkat benda yang berat (*heavy lifting*).
- 2) Kegemukan (*marked obesity*).
- 3) Batuk.
- 4) Terlalu menggenjau saat buang air kecil/besar.
- 5) Ada cairan di rongga perut (*ascites*).
- 6) *Peritoneal dialysis*.
- 7) *Ventriculoperitoneal shunt*.
- 8) Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK).
- 9) Riwayat keluarga ada yang menderita hernia. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.6. Patofisiologi

Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus bulan kedepan kehamilan terjadi. Densdensus testicularum melalui kanalis tersebut. Penurunan *testis* itu akan menarik *peritonium* yang disebut dengan *prosesus vaginalis peritoneal*.

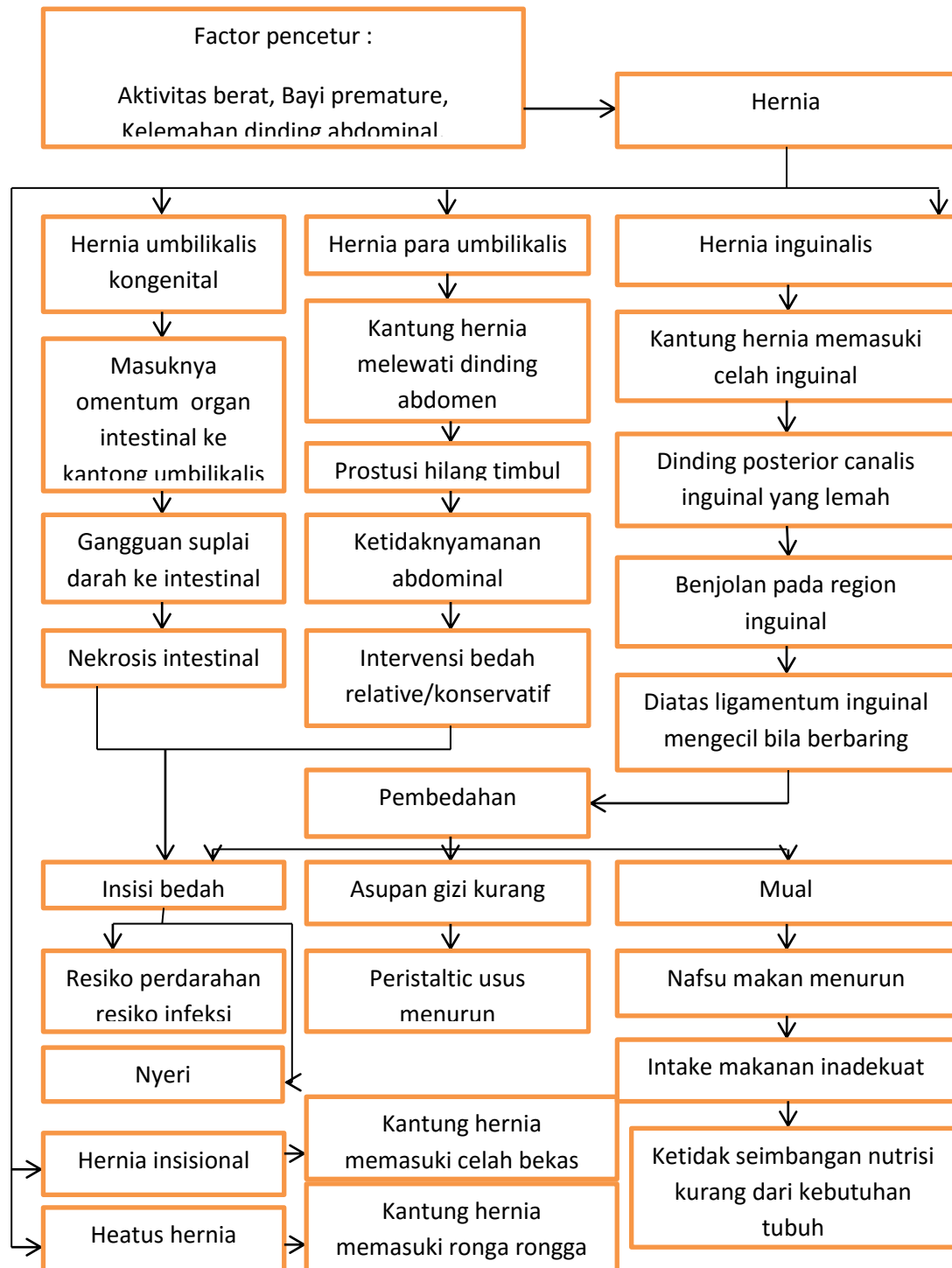
Bila bayi lahir umumnya *prosesus* ini telah mengalami obiterasi sehingga isi perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup karena *testis turm* lebih dulu dari yang kanan, maka *kanals inguinalis* kanan lebih sering terbuka.

Pada orang tua kanal 1 hari telah menutup, namun karena daerah itu merupakan *lobus minosy resistance* maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra abdominal meningkat benda berat, mengejan saat defekasi dan mengejan pada saat miksi, menjadi akibat *hipertropi prosta*

Hernia bisa juga terjadi karena hasil dari adanya difek (lubang, bisa terjadi karena kelainan kongenital). Biasanya *hernia* bersifat kongenital dan disebabkan oleh kegagalan penutupan *procesus vaginalis* (kantong *hernia*). *Hernia* ini bisa juga terjadi karena kelemahan otot pada dinding abdomen dan adanya peningkatan tekanan intra abdomen disebabkan oleh kehamilan kerja keras mengejan pada waktu BAB dan miksi, batuk menahun. *Hernia* bisa terjadi jika terdapat defek tersebut dan adanya tekanan intra abdominal. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.6.1. Pathway Hernia

(Sumber: Nurarif & Kusuma, 2015)



2.1.7. Manifestasi Klinis

Tanda klinis *hernia* yaitu, terdapat benjolan didaerah, vaginal dan atau scrotal yang hilang timbul. Timbul bila terjadi peningkatan tekanan peritonea misalnya mendedan, batuk-batuk, menangis, pasien tenang, benjolan akan hilang secara spontan. Pada pemeriksaan terdapat benjolan dilipat paha atau sampai scrotum, pada bayi bila menangis atau mendedan. Benjolan menghilang atau dapat dimasukkan kembali berongga abdomen.

2.1.7.2. Manifestasi klinis lain yang ditemui :

- a. Tanpa keluhan (asintomatis).
- b. Daerah *hernia* agak menonjol , bertambah besar terutama saat berdiri.
- c. Adanya nyeri dan demam. Yang membedakan *strangulated hernias* dengan *incarcerated hernias*.
- d. Nyeri mendadak pada tempat *hernia*.
- e. Nyeri abdomen generalisata.
- f. Terjadi pada bagian proksimal dan sering terletak di umbilikus.
- g. Mual muntah.
- h. *Hernia* tegang, nyeri tekan. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

- 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 munta atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi *hernia inguinalis strangulata* 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) Berupa organ atau jaringan yang keluar melalui kantong *hernia*, misalnya usus, ovarium, dan jaringan penyangga usus (omentum) disamping benjolan di bawah sela paha.
- f. *Hernia diaphragmatika* menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan *hernia* akan bertambah besar. (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.8. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada *hernia* yaitu *ileus*, terjadi peningkatan antara isi *hepura* dengan dinding *kartona hernia*, sehingga isi *hernia* tidak dapat dimasukkan kembali, terjadi penekanan terhadap cincin *hernia*,

akibat makin bertambah/banyaknya usus yang masuk, jika inkaserta dibiarkan maka akan timbul *odema* sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hernia adalah :

2.1.8.1. Lab darah : hematology rutin, BUN, kreatinin dan elektrolit darah.

2.1.8.2. Radiologi, foto abdomen dengan kontras barium, flouroskopi. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.10. Penatalaksanaan Medis

2.1.7.1. Penanganan hernia ada 2 macam yaitu :

a. Konservasi adalah pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Bukan merupakan tindakan definitif sehingga dapat kambuh kembali. Terdiri atas :

1) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritoni atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak

dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.

2) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritoni.

3) Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

b. Operatif

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada:

- 1) Hernia reponibilis.
- 2) Hernia irreponibilis.
- 3) Hernia strangulasi.
- 4) Hernia incarcerated.

c. Operasi hernia dilakukan pada 3 tahap:

1) Herniotomy

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

2) 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).

3) Hernioplasty

Menjahitkan conjoint tendon pada ligamentum inguinal agar LMR hilang/tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. Hernioplasty pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (ferguson, bassini, halstedt, hernioplasty pada hernia inguinalis media dan hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc.Vay)

d. Operasi hernia pada anak dilakukan tanpa hernioplasty, dibagi menjadi

2 yaitu :

1) Anak berumur kurang dari 1 tahun: Menggunakan teknik Michele Benc.

2) Anak berumur lebih dari 1 tahun : Menggunakan teknik POTT.
(Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

Terdapat 5 langkah kerangka kerja proses keperawatan : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, (termasuk identifikasi hasil yang diperkirakan), implementasi dan evaluasi. Setiap langkah proses keperawatan penting untuk pemecahan masalah yang akurat dan erat saling berhubungan satu sama lain (Potter & Perry, 2011).

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian sebagai langkah pertama proses keperawatan diawali dengan perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Diterapkannya pengetahuan ilmiah dan disiplin ilmu keperawatan bertujuan untuk menggali dan menemukan keunikan klien dan masalah perawatan kesehatan personal klien (Potter & Perry, 2011).

2.2.1.1 Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan mencakup data tentang identitas klien serta identitas penanggung jawab. Data identitas klien meliputi : nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor rekam medik, diagnosa medis, alamat.

a. Biodata

1) Identitas klien

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnose medis, dan alamat klien.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.

2.2.1.2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal yaitu :

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Disini menggambarkan tentang hal-hal yang menjadikan pasien dibawa ke rumah sakit, pada pasien *hernia inguinalis lateral* keluhan utama yang didapatkan adalah adanya benjolan pada lipit paha atau nyeri hebat pada abdomen. Keluhan adanya benjolan akibat masuknya material melalui kanalis inguinalis bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak. (Muttaqin & Sari, 2011)

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama yang biasanya dirasakan pada pasien dengan post operasi *hernioraphy* di antaranya nyeri akut, gangguan mobilitas fisik.(Nurarif & Kusuma, 2015).

Berbeda dengan keluhan utama saat masuk rumah sakit, keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga. penjelasan meliputi PQRST :

Provokatif : Nyeri dirasakan seperti apa dan terjadi saat melakukan aktivitas ringan sampai berat.

Quality: Seperti apa keluhan nyeri dalam melakukan aktivitas yang dirasakan atau digambarkan oleh klien.

Region : Apakah nyeri bersifat sementara atau terdapat penyebaran.

Scale : Kaji rentang kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Biasanya kemampuan klien dalam beraktifitas menurun karena terpasang kateter post TURP.

Timing : Sifat mulai timbulnya keluhan nyeri biasa timbulnya secara tiba-tiba. Lama timbulnya nyeri baik saat istirahat atau sedang beraktifitas. (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit dahulu yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, di pertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif. (Muttaqin & Sari, 2011).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga ditanyakan apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama, mempunyai penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi. (Muttaqin & Sari, 2011).

d. Aktivitas sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Meliputi Anoreksia, mual, muntah. Penurunan berat badan (Doenges,2012).

2) Pola Eliminasi

Biasanya dijumpai ketidak mampuan defeksasi dan flatus (Doenges, 2012).

3) Pola Istirahat Tidur

Biasanya klien mengalami gangguan tidur karena adanya nyeri

(Doonges, 2012).

4) Personal Hygiene

Biasanya pada pasien pasca operasi tidak dapat melakukan personal hygiene (Doenges, 2012)

5) Aktivitas dan Latihan

Biasanya klien mengalami terbatasnya dalam bergerak akibat nyeri dan kelemahan (Doenges, 2012).

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan sistem. (Muttaqin & Sari, 2011).

1) Keadaan Umum

Keadaan umum yang terjadi pada klien *post operasi hernioraphy* kesemutan, ketakutan serta kelemahan. (Dongoes, 2012).

2) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan TTV mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Suhu badan pasien akan naik $>38,5$ C dan terjadi takikardi. (Muttaqin & Sari, 2011).

f. Pemeriksaan Fisik Persistem

Pada Pemeriksaan Fisik Persistem dilakukan dengan pemeriksaan fisik focus inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

1) Sistem Respirasi

Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan, adanya sekret, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada apakah simetris atau tidak, bunyi nafas, adanya ronchi atau tidak, frekuensi dan irama nafas jika dilakukan operasi (Blundell & Harrison, 2015).

2) Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan kardiovaskuler diperlukan jika dilakukan operasi (Blundell & Harrison, 2015).

3) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan dikaji mulai dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, turgor kulit kembali lagi. Adanya lesi pada daerah abdomen, adanya massa, pada auskultasi dapat diperiksa peristaltik usus.

4) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensio urine, ada atau tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi atau tidak.

5) Sistem Integumen

Pada kasus *post operasi hernioraphy* nyeri pada luka operasi, turgor kulit dan tidak adanya gangguan, adanya luka insisi.

(Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

6) Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid. (Muttaqin & Sari, 2009).

7) Sistem Muskulokeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak, refleks pada ekstermitas atas dan bawah.

8) Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan maka harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan, edema atau tidak. Pada sistem peglihatan biasanya yang dapat dikaji oleh perawat adalah warna konjungtiva, sklera dan gangguan visus. (Muttaqin & Sari, 2009).

9) Sistem persyarafan

Kesadaran composmentis, didapat sianosis atau tidak. Pengkajian objektif klien : wajah meringid, menangis, merintih, meregang dan menggeliat (Muttaqin & Sari, 2009).

a. Test Nervus Cranial

(1) Nervus Olfactorius (N.I)

Nervus olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghidu

(penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman(anosmia), atau berkurangnya penciuman(hyposmia). (Judha & Rahil, 2011).

(2) Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus. (Judha & Rahil, 2011).

(3) Nervus : Okulomotorius, Trochlearis , Abdusen (N.III.IV.VI)

Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil. (Judha & Rahil, 2011).

(4) Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (porcio mayor) dan bagian motoric (porcio minor). Bagian motoric mengurus otot mengunyah. (Judha & Rahil, 2011).

(5) Nervus Facialis (N. VII)

Nervus fasialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa

serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapatan 2/3 bagian anterior lidah. (Judha & Rahil, 2011).

(6) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan. (Judha & Rahil, 2011).

(7) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik + motoric), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah. (Judha & Rahil, 2011).

(8) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut. (Judha & Rahil, 2011).

(9) Nervus Assesorius

Saraf XI menginervais sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala. (Judha & Rahil, 2011).

(10) Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsic dan oto ekstrinsik lidah. (Judha & Rahil, 2011).

10) Data Psikologis

Meliputi status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. (Muttaqin, & Sari, 2009).

11) Data social

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit. (Muttaqin & Sari, 2009).

12) Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. (Muttaqin & Sari, 2009).

13) Data penunjang

Semua prosedur diagnostic dan lab yang di jalani klien. Hasil pemeriksan di tulis termasuk nilai rujukam, pemeriksaan terakhir secara berturut-turut dan berhubungan dengan kondisi klien. (Muttaqin & Sari, 2009).

14) Program rencana pengobatan

Terapi yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu dan bagaimana cara pemberian obat tersebut. (Muttaqin & Sari, 2009).

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Nurarif & Kusuma (2015).

- a. Nyeri akut berdasarkan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi
- b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berdasarkan mual muntah
- c. Resiko perdarahan
- d. Resiko infeksi berdasarkan luka insisi/operasi

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Setelah menemukan diagnosa keperawatan, maka intervensi dan aktivitas keperawatan perlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan penderita. Tahap ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi penemuan prioritas diagnosa keperawatan, menetapkan sasaran, tujuan, menetapkan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi dan aktivitas keperawatan.

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) Intervensi keperawatan pada pasien post operasi *hernia* yaitu :

2.2.3.1. Nyeri akut berdasarkan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.

Tabel 2.1. Intervensi Nyeri Akut

(Sumber: Intervensi (Nurarif & Kusuma, 2015) dan Rasional (Doengos, 2012))

NOC	NIC	Rasional
a. Definisi :Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam kerusakan sedemikian rupa (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): awitan yang tiba-tiba atau mendadak dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan	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.
	Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan,	Isyarat non verbal dapat atau tidak mendukung intensitas nyeri.
	Gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	Ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.
	Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.	Penangan sukses terhadap nyeri membutuhkan keterlibatan klien
b. Batasan Karakteristik : 1) Perubahan selera makan 2) Perubahan tekanan darah 3) Perubahan frekuensi jantung 4) Perubahan frekuensi pernafasan 5) Laporan isyarat 6) Diaforesis 7) Perilaku distraksi 8) Mengekspresikan perilaku 9) Masker wajah 10) Sikap melindungi area nyeri 11) Fokus menyempit 12) Indikasi nyeri yang dapat diamati	Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.	Keterlibatan klien dapat membantu penurunan intensitas nyeri.
	Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau.	Membantu mengevaluasi keefektifan control terhadap nyeri
	Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.	Penggunaan teknik efektif memberi kekuatan positif dapat membantu penangan nyeri.
	Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.	Untuk meningkatkan manajemn nyeri non farmakologi.

13) Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	Kurangi faktor presipitasi nyeri.	Meningkatkan istirahat dan meningkatkan kemampuan coping.
14) Sikap tubuh melindungi		
15) Dilatasi pupil	Pilih dan lakukan penanganan nyeri	Membantu klien beristirahat lebih efektif dan
16) Melaporkan nyeri secara verbal	(farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal).	memfokuskan kembali perhatian sehingga
17) Gangguan tidur		mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan
c. Faktor yang berhubungan : Agen cedera (mis. Biologis, zat kimia, fisik, psikologis)	Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	Mengupayakan penanganan nyeri sesuai kebutuhan klien
d. Kriteria hasil :		
1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi.	Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi dan dapat menimbulkan kemampuan coping
2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.	Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat
3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	Evaluasi keefektifan control nyeri.	Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan .
4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	Tingkatkan istirahat.	Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan coping.
	Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.	Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengidentifikasi suatu komplikasi.
	Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	Penggunaan presepsi nyeri sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien mengatasi nyeri

Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	Membantu mengenal lokasi, karakteristik, ku alias dan derajat nyeri
Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi	Untuk mengetahui jenis obat, dosis dan frekuensi yang akan digunakan klien
Cek riwayat alergi	Mengidentifikasi adanya alergi terhadap obat yang akan diberikan kepada klien
Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi analgesic ketika pemberian lebih dari satu	Mengevaluasi skala yeri sesuai dengan jenis obat analgesik
Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan berat nyeri	Meminalkan analgesik dari dosis tinggi ke dosis yang rendah
Tentukan analgesik pilihan ,rute,pemberian dan dosis optimal	Pemberian analgetik sesuai indikasi
Pilih rute pemberian secara iv,im untuk pengobatan nyeri secara teratur	Pemberian analgetik sesuai indikasi
Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	Mengidentifikasi kenaikan dan penurunan vital sign
Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	Membantu pengurangan intensitas nyeri
Evaluasi efektifitas analgeik,tanda dan gejala.	Mengevaluasi keefektifan analgesik terhadap tanda dan gejala.

2.2.3.2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berdasarkan mual muntah

Tabel 2.2. Intervensi Ketidak Seimbangan Nutrisi

(Sumber: Intervensi (Nurarif & Kusuma, 2015) dan Rasional (Doengos, 2012).

NOC	NIC	Rasional
a. Defenisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	Tinjau factor-faktor individual yang mempengaruhi kemampuan untuk mencera/makan makanan	Mempegaruhi pilihan intervensi.
b. Batasan Karakteristik :	missal status puasa, mual, ileus paralitik setelah selang dilepaskan.	
1) Kram abdomen	Timbang berat badan sesuai indikasi. Catat masukan dan haluaran.	Mengidentifik asi status cairan serta memastikan kebutuhan metabolic.
2) Nyeri abdomen		Meningkatkan kerjasama pasien dengan aturan diet.
3) Menghindari makanan		Protein/vitami n C adlah contributor utama untuk pemeliharaan jaringan dan perbaikan.
4) Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	Auskultasi bising usus, palpasi abdomen, catat pasase flatus.	Sindrom malabsorpis dapat terjadi setelah pembedahan usus halus, memerlukan evaluasi lanjut dan perubahan diet. Misanya diet rendah serat.
5) Kerapuhan kapiler		Mempertahan
6) Diare	Identifikasi kesukaan/ketidaksukaan siet dari pasien.	
7) Kehilangan rambut berlebihan	Anjurkan makanan tinggi protein dan vitamin C	
8) Bising usus hiperaktif		
9) Kurang makanan	Observasi terhadap terjadinya diare; makanan bau busuk, berminyak.	
10) Kurang informasi		
11) Kurang minat pada makanan		
12) Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat		
	Pertahankan selang	

13) Kesalahan konsepsi	NGT.	kan dekompresi lambung/usus.
14) Kesalahan informasi		Meningkatkan istirahat
15) Membran mukosa pucat		pemulihan usus.
16) Ketidakmampuan memakan makanan	Berikan cairan IV (albumin, lipid, elektrolit).	Memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit
17) Tonus otot menurun		Antiemetic mencegah muntah, antasida menetralkan atau menurunkan pembentukan asam untuk mencegah erosi mukosa dan kemungkinan ulserasi.
18) Mengeluh gangguan sensasi rasa	Berikan obat-obatan sesuai indikasi Antiemetik, Antasid.	Bermanfaat dalam mengevaluasi dan memenuhi kebutuhan diet individu.
19) Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)		Mengonsumsi ulang cairan dan diet penting untuk mengembalikan fungsi usus normal dan meningkatkan masukan nutrisi adekuat.
20) Cepat kenyang setelah makan		
21) Sariawan rongga mulut		
22) Steatorea	Konsul dengan ahli diet, tim pendukung nutrisi.	
23) Kelemahan otot pengunyah	Berikan enteral/parenteral sesuai indikasi.	
24) Kelemahan otot menelan		
c. Faktor-faktor yang berhubungan :	Berikan cairan, tingkatkan kecairan jernih, diet penuh sesuai toleransi setelah selang NGT dilepaskan.	
1) Faktor biologis Faktor ekonomi		
2) Ketidak mampuan untuk mengabsorbsi		
3) Ketidak mampuan menelan makanan		
4) Faktor psikologis		
d. Kriteria Hasil :		
1) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan		
2) Beratbadan ideal sesuai dengan tinggi badan		
3) Mampumengidentifikasi		

kebutuhan nutrisi
4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

2.2.3.3. Resiko perdarahan

Tabel 2.3. Intervensi Resiko Perdarahan

(Sumber: Intervensi (Nurarif & Kusuma, 2015) dan Rasional (Doengos, 2012).

NOC	NIC	Rasional
a. Definisi; Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan	Bleeding precautions Monitor tanda-tanda perdarahn	Simtomatologi dapat berguna dalam mengukur berat/lamanya episode perdarahan.
b. Faktor resiko :		Memburuknya gejala dapat menunjukkan berkelanjutan perdarahan atau tidak adekuatnya pergantian cairan.
1) Aneurisme		
2) Defisiensi pengetahuan		
3) Riwayat jatuh		
4) Gangguan gastrointestinal		
5) Gangguan fungsi hati		
6) Koagulopati		
7) Trauma	Mencatat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadi perdarahan	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi
8) Efek samping terkait pembedahan		
c. Kriteria hasil :		
1) Tidak ada hematuria dan hematemesis	Monitor nilai LAB	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi
2) Kehilangan darah yang terlihat		
3) Tekanan darah dalam batas normal		
4) Tidak ada perdarahan	Monitor TTV	Perubahan TD dan nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar
5) Tidak ada distensi abdomen		
6) Hb dan Ht dalam batas		

normal			kehilangan darah
7) Plasma normal	dalam	batas	Mengevaluasi keefektifan terapi
		Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	
		Kolaborasi dalam pemberian produk darah	Penggantian cairan tergantung pada derajat hypovolemia dan lama perdarahan
		Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Hindari pengukuran suhu lewat rectal	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Bleeding Reaction Identifikasi penyebab perdarahan	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi
		Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi
		Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi
		Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Pertahankan patensi IV line	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
		Bleeding reduction: wound/luka Lakukan manual	Menghindari faktor terjadinya perdarahan

pressure pada area perdarahan.	
Gunakan ice pack pada area perdarahan	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk	Menghindari faktor terjadinya perdarahan
Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas.	Menghindari faktor terjadinya perdarahan

2.2.3.4. Resiko infeksi berdasarkan insisi bedah/operasi

Tabel 2.4. Intervensi Resiko Infeksi

(Sumber: Intervensi (Nurarif & Kusuma, Nanda Nic Noc, 2015) dan Rasional (Doengos, 2012)

NOC	NIC	Rasional
a. Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	Infection control Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	Untuk meningkatkan pemulihan dan pencegahan komplikasi.
b. Faktor-faktor resiko : 1) Penyakit kronis 2) Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen	Pertahankan teknik isolasi	Meningkatkan pencegahan terjadinya infeksi.
c. Kriteria hasil : 1) Luka tidak mengeluarkan pus 2) Luka kering 3) Luka tidak mengeluarkan darah 4) Warna luka tidak merah 5) Jumlah leukosit dalam batas normal	Batasi pengunjung bila perlu Instruksi pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung meninggalkan pasien Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan Cuci tangan setiap	Untuk menciptakan lingkungan yang aseptik Meminimalkan penularan infeksi Untuk mencegah terjadinya infeksi. Untuk mencegah

sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	terjadinya infeksi.
Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	Untuk meminimalkan penyebaran infeksi.
Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	Teknik steril membantu untuk mencegah infeksi bakteri
Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.	Membatasi sumber infeksi
Gunakan kateter intermitten untuk menurun infeksi kandung kencing	Membatasi sumber infeksi yang dapat menimbulkan sepsis pada klien.
Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	Untuk mencegah proses penyebaran infeksi
Monitor hitung granulasit,WBC	Menevaluasi tanda dan gejala infeksi
Monitor kerentangan terhadap infeksi	Mengidentifikasi factor resiko infeksi pada klien
Batasi pengunjung	Meminimalkan kerentangan terhadap infeksi
Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang beresiko	Meminimalkan proses penyebaran infeksi
Inspeksi kondisi luka/insisi bedah	Meminimalkan proses penyebaran infeksi
Dorong masukkan nutrisi yang cukup	Mengevaluasi proses penyebaran infeksi pada luka operasi
Dorong masukan cairan	Pemenuhan nutrisi yang cukup dapat meminimalkan proses terjadinya infeksi
Dorong istirahat yang cukup	Meminimalkan proses

	penyebaran infeksi
Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep	Meminimalkan proses penyebaran infeksi
Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Membantu pengurangan proses penyebaran infeksi
Ajarkan cara menghindari infeksi	Mengevaluasi pengetahuan gejala terhadap tanda dan gejala infeksi
Laporkann kecugiraan infeksi	Mengetahui pencegahan infeksi

2.2.4. Implementasi

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

- a. Keterampilan kognitif
- b. Keterampilan interpersonal
- c. Keterampilan psikomotor

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 & Walid, 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/diagnosa 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 dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen (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

Menurut buku Kapita Selekta kedokteran (2014). Nyeri menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terakait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke sistem saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai *nosisepsi*. Ada nyeri tanpa *nosisepsi* (seperti phantom limb pain) dan juga *nosisepsi* tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan pernah lepas dari subjektivitas pasien. Namun skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

2.3.2.1. Berdasarkan patofisiologi

a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktifitas nosiseptor saraf A- α dan C 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. Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :

1) Nyeri visceral (berasal dari organ visceral)

Nyeri visceral dirasakan sebagai sensasi kram atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih kelokasi lain (referred pain).

2) Nyeri somatic (berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi, dan tulang)

a) Nyeri somatic superfisial (kutaneus), biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik, dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.

b) Nyeri somatic profunda, sensasi nyeri biasanya tumpul

a. Nyeri neuropatik

Disebabkan gangguan sinyal dari susunan saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada sistem saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolik (misal, diabetes), infeksi (misal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer. Kadang, nyeri neuropatik disebut juga sebagai nyeri (patologis). Keadaan nyeri kronis terjadi saat nyeri timbul tanpa

adanya pemicu. Proses ini dialandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri neuropati seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hiperalgesia atau alodinia) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri persisten). Sifat nyeri neuropati adalah terbakar atau panas, geli, tertusuk, seperti tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme atau dingin. Hiperlgesia adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara alodinia adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menimbulkan nyeri.

2.3.2.2. Berdasarkan waktu

- a. Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun kini dikenal definisi yang lebih luas. Yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan. Terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik sebagai respons terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri yang intensitasnya tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berangsung sebentar jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, remodeling neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tata laksana nyeri akut dilakukan secara agresif.
- b. Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini nyeri kronis adalah

nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan. Dengan intensitas jejas yang minimal atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada juga yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persistem yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari-hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

2.3.3. Diagnosis Nyeri

2.3.3.1. Anamnesis

Keluhan pasien adalah indikator utama. Kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi

2.3.3.2. Pemeriksaan fisik

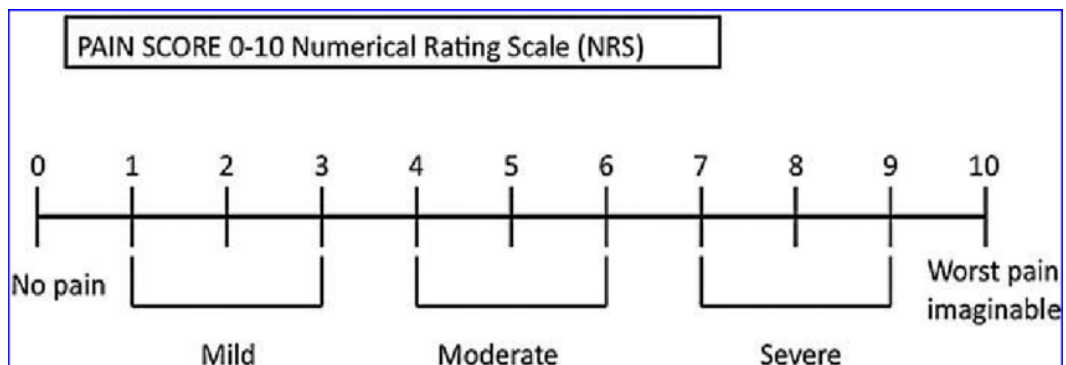
Pemeriksaan digunakan untuk membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, sistem musculoskeletal, dan neurologis. Serta status lokalis nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam. Misal pada nyeri neuropati digunakan peta dermatom. Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisis yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

2.3.3.3. Pemeriksaan penunjang

Pengukuran skala nyeri. Alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dan dapat dilakukan secara fleksibel dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk beberapa tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda dan tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini dapat digunakan juga oleh pasien buta huruf dan angka.



2.3.3.5. Gambar Numerical Rating Scale (NRS)

(Sumber : https://www.researchgate.net/figure/Pain-score-categorization-of-the-Numerical-Rating-Scale_fig2_277086616)

2.3.4. Tatalaksana Nyeri

2.3.4.1. Tatalaksana farmakologi

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologis untuk nyeri adalah:

- a. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
- b. Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri. Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.
- c. Pilih obat yang sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, dan pasien.
- d. Buat rencana tatalaksana
- e. Pilih rute pemberian obat
- f. Titiasi dosis
- g. Optimisasi pemberian
- h. Pantau dan kendalikan efek samping
- i. Bedakan toleransi, ketergantungan fisis dan adiksi
- j. Hindari penggunaan placebo

WHO's Pain Ladder

Pada tatalaksana paliatif khususnya untuk pasien-pasien kanker. WHO membuat suatu metode pemberian analgesic yang bertahap. Saat nyeri timbul obat oral diberikan secara sesuai dengan tahapan sebagai berikut : nonopioid (misal : aspirin, paracetamol). Lalu jika dibutuhkan, opioid

ringan (kodein) dan terakhir opioid kuat (morfin) hingga pasien merasa bebas dari nyeri. Untuk mengatasi takut dan cemas, dapat diberi obat tambahan (atau dikenal sebagai adjuvant). Untuk mempertahankan pasien tetap bebas dari rasa nyeri, maka sebaiknya obat analgesic diberikan sesuai dengan jam yaitu setiap 3-6 jam. Dan jangan diberi sesuai kebutuhan. Metode seperti ini 80-90% efektif dalam menghilangkan rasa nyeri pada pasien.

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

- a. Analgesic nonopioid : asetaminofen dan obat antiinflamasi non steroid (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.
- b. Analgesic opioid
Mekanisme kerja :
- c. Analgesic adjuvant atau ko-analgesik : suatu obat dengan indikasi tertentu, namun memiliki efek antinyeri, seperti obat anti epilepsy dan antidepresan trisiklik.

2.3.4.2. Tatalaksana non farmakologi

Penanganan nyeri dengan tehnik non farmakologi diantaranya dengan (1) *Cutaneous stimulation and massage ; Transcutaneous Electrical Nerve Stimulator (TENS)*, (2) *Ice and Heat Therapie*, (3) *Tehnik Cognitive (guide imagery, music therapy, hypnosis, pendidikan, relaksasi, distraksi)*. (Smeltzer & Bare, 2002; Urden et al, 2010).

Teknik relaksasi dan distraksi merupakan strategi kognitif yang memberikan kesembuhan secara fisik dan mental, kelebihan dari teknik ini yaitu ketika pasien mencapai relaksasi penuh maka persepsi nyeri berkurang, sehingga sangat efektif apabila tehnik distraksi dan relaksasi digunakan untuk menangani masalah nyeri pada pasien post operasi (Potter & Perry, 2009).

Pemberian dilakukan 1 jam sebelum pemberian analgetik, atau 7-8 jam setelah pemberian terapi ketorolak dan dilakukan selama 15 menit kemudian diulang 3-4 kali. Setelah intervensi selesai dilakukan dan di kaji ulang terdapat perbedaan yang signifikan tingkat nyeri sebelum dan sesudah intervensi tehnik distraksi dan relaksasi. (Hayati, dkk, 2014; Vindora, dkk, 2013).