

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salahsatu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) di program Studi DIII Keperawatan Umnum  
Stikes Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh :**

**CHINTYA PRATIGINA  
NIM : AKX.16.160**



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Chintya Pratigina

NIM : AKX.16.160

Program Studi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul Karya Tulis :Asuhan Keperawatan Pada klien *Post Hernioraphy*  
Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet  
Garut Tahun 2019

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 dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, Juli 2019

Yang Membuat Pernyataan

The image shows a green and yellow postage stamp with the text 'METERAI TEMPEL', 'TGL 20', 'DAFEEAFF870171004', '6000', and 'ENAM RIBU RUPIAH'. A signature is written over the stamp.

Chintya Pratigina

AKX.16.160

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH**

**CHINTYA PRATIGINA  
AKX.16.160**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini, 6 Agustus 2019

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIP. 1011603**

**Pembimbing Pendamping**



**Ade Tika Herawati, M.Kep  
NIP.10107069**

**Mengetahu**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIP. 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

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

**OLEH**

**CHINTYA PRATIGINA  
AKX.16.160**

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,6 Agustus 2019

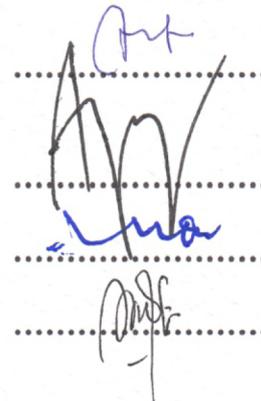
**PANITIA PENGUJI**

**Ketua :**

**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
(Pembimbing Utama)**

**Anggota :**

- 1. Angga Satria, M.Kep  
Penguji I**
- 2. A.Aep Indarna, S.Kep., Ners., M.Pd  
Penguji II**
- 3. Ade Tika Herawati, M.Kep  
Pembimbing Pendamping**



**Mengetahui**

**STIKes Bhakti Kencana Bandung**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan puji kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST HERNIORAPHY* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT “ dengan sebaik-baiknya.

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

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.kep, selaku Ketua Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama saya menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Ade Tika H,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama saya menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Deni S.S.Kep.,Ners.,MMRS. Selaku CI Ruang Topaz yang telah memberikan bimbingan,arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktel praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Untuk kedua orang tua tercinta yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
9. Dan untuk rekan-rekan seperjuangan DIII Keperawatan Umum 2016 yang telah memberikan dukungan, motivasi dan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Bandung, Juli 2019

Chintya Pratigina

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Hernia merupakan keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Operasi Hernia di RSUD Dr. Slamet Garut di Ruang Topaz tercatat bulan Januari – Desember 2018 adalah 203 kasus. Jika Hernia tidak ditangani akan mengalami necrose karena kekurangan suplai darah. Tindakan post Hernioraphy akan menyebabkan nyeri adapun cara yang dapat dilakukan untuk penanganan nyeri dengan farmakologi dan non farmakologi. Dampak jika negatif dari nyeri jika tidak ditangani akan mengakibatkan penyembuhan lambat, gangguan mobilisasi dan terjadinya nyeri kronik. **Tujuan:** Mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien *post hernioraphy* dengan nyeri akut di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** Menggunakan studi kasus untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci dan menyertakan berbagai sumber informasi yang dilakukan pada dua orang klien *post hernioraphy* dengan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, nyeri akut pada klien 1 teratasi sebagian dan pada klien 2 teratasi sebagian pada hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien *post hernioraphy* ditemukan masalah nyeri akut karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat luka insisi, namun adapun perbedaan hasil dari intervensi yang diberikan yaitu pada klien ke 1 hasil evaluasi keperawatan nyeri dirasakan menjadi 2 (0-10) dan hasil evaluasi klien 2 nyeri dirasakan 1 (0-10). **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak Rumah Sakit agar menerapkan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam ketika memberikan perawatan pada klien post Hernioraphy.

**Kata Kunci** : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, *Post Hernioraphy*  
**Daftar Pustaka** : 6 Buku (2010-2015), 2 Jurnal (2013-2016)

## ABSTRACT

**Background:** At present in Indonesia public knowledge about health is still lacking. Because of this lack of knowledge various health problems emerged. People have not realized that starting from activities, lifestyle, socio-economic demands, lifting heavy burdens and being overweight or obese can affect the health of individuals. Along with socio-economic demands that require someone to do heavy work and be followed by the aging process by weakening the abdominal wall muscles. That triggers a hernia. Based on the medical record in the Topaz Room of the RSUD Dr. Slamet Garut during 2018, Hernia ranks number 1 with 203 cases and is a disease that must be treated immediately, one of them is an operation called Hernioraphy. By doing hernioraphy can cause new problems, namely acute pain. **Objective:** Able to carry out nursing care for post hernioraphy clients with acute pain in the Topaz Room of the RSUD Dr. Slamet Garut. **Method:** Use case studies to explore a problem with detailed limitations and include various sources of information carried out on two post hernioraphy clients with acute pain. **Results:** After nursing care is given by giving nursing interventions, acute pain in the client 1 is partially resolved and the client 2 is partially resolved. **Discussion:** In both post hernioraphy clients, acute pain problems were found due to discontinuation of tissue continuity due to incision wounds, but both clients did not always have the same response. This is influenced by the condition and health status of the previous client. **Suggestion:** The author recommends that nurses be able to carry out comprehensive nursing care to handle nursing problems for each client, especially on clients with post hernioraphy.

**Keywords** : Nursing Care, Acute Pain, *Post Hernioraphy*  
**Bibliography** : 7 Books (2010-2015), 2 Journals (2013-2016)

## DAFTAR ISI

### Halaman Judul

Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi.....	vii
Daftra Gambar.....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv

### BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis.....	6

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Pencernaan .....	7
2.1.3 Etiologi .....	13
2.1.4 Patofisiologi .....	14
2.1.5 Penatalaksanaan.....	15
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	17
2.2.1 Pengkajian .....	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	23
2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi Keperawatan.....	24

## **BAB III METODE PENULISAN KTI**

3.1 Desain.....	37
3.2 Batasan Istilah .....	37
3.3 Unit analisis (partisipan ).....	38
3.4 Lokasi dan Waktu .....	38
3.5 Pengumpulan Data .....	39
3.6 Uji Keabsahan Data.....	40
3.7 Analisis Data .....	40
3.8 Etik Penulisan KTI.....	42

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 HASIL .....	45
-----------------	----

4.1.1	Gambaran Lokasi pengambilan data .....	45
4.1.2	Asuhan Keperawatan .....	45
4.1.3	Pengkajian .....	46
4.1.4	Diagnosa Keperawatan .....	56
4.1.5	Perencanaan .....	58
4.1.6	Pelaksanaan .....	65
4.1.7	Evaluasi .....	69
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>		
5.1	Kesimpulan .....	80
5.2	Saran .....	82
	Daftar Pustaka .....	84

## DAFTAR BAGAN

	<b>Halaman</b>
Bagan 2.1 Patofisiologi.....	14

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	24
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan.....	27
Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman.....	29
Tabel 2.4 Intervensi Resiko perdarahan.....	31
Tabel 2.5 Intervensi Resiko infeksi.....	33
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	46
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	46
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari – hari .....	47
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	49
Tabel 4.5 Data Psikologi .....	52
Tabel 4.6 Data Sosial .....	52
Tabel 4.7 Data Spiritual .....	53
Tabel 4.8 Hasil Laboratorium .....	53
Tabel 4.9 Renaca Pengobatan .....	53
Tabel 4.10 Analisa Data .....	54
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan .....	56
Tabel 4.12 Perencanaan .....	58
Tabel 4.13 Pelaksanaan .....	65
Tabel 4.14 Evaluasi .....	69

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Observasi
- Lampiran II Lembar Bimbingan
- Lampiran III Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan dan leaflet
- Lampiran IV Jurnal

# **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. Masyarakat belum menyadari bahwa mulai dari aktivitas, pola hidup, tuntutan sosial ekonomi, mengangkat beban yang berat, kelebihan berat badan atau obesitas 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 itu memicu terjadinya *Hernia*.

Hernia merupakan keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010). Hernia Inguinal merupakan hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau ‘hernia’. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah (Nurarif & Kusuma, 2015).

Jika hernia tidak ditangani dengan baik, usus yang mengalami strangulasi bisa dapat mengalami *necrose* karena kekurangan suplai darah. Pembedahan dilakukan untuk mengembalikan usus ke tempat asal juga menutup lubang atau

cincin hernia, sehingga tidak terjadi mengalami kekambuhan (Lewis, et.al., 2011; Black & Hawks,2009)

Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Didapatkan data pada 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 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, 2010). Menurut data kementerian kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa jumlah penderita hernia 18.145 kasus, dimana dari 273 kasus pasien hernia meninggal dunia yang disebabkan karena ketidakberhasilan proses pembedahan terhadap hernia itu sendiri. Dari total tersebut, sebanyak 15.051 kasus diantaranya terjadi pada pria dan 3.094 kasus terjadi pada wanita (Depkes RI, 2011).

Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari 2018 sampai Desember 2018 didapatkan hasil bahwa kasus hernia inguinalis menduduki peringkat 1 dari 10 kasus penyakit lainnya yang terdapat di Ruang Topaz. Dimana 10 kasus yang ada terdiri dari kasus dengan diagnosa *HIL (Hernia Inguinalis Lateralis)* 203 kasus, *BPH (Beligma Prostatic Hyperplasia)* 151 kasus, *STT (Soft Tissue Tumor)* 115 kasus, *Appendiksitis* (88 kasus), *Abses* (74 kasus), *Mid Head Injury* (70 kasus), *Illeus* (60 kasus), *Hemoroid* (29 kasus), *Peritonitis* (28 kasus), dan *colic* (21 kasus). Dari hasil medical record di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut 1 tahun terakhir didapatkan data sebanyak 203

kasus yang mengalami hernia inguinalis (Sumber ; Data *Medical Record* RSUD Dr. Slamet Garut 2018).

Beberapa masalah keperawatan yang timbul pada klien dengan hernia inguinalis pasca pembedahan diantaranya adanya Nyeri Akut, Ketidakseimbangan nutrisi, Gangguan rasa nyaman, Resiko perdarahan, Resiko infeksi (Nurarif dan kusuma, 2015). Adapun cara yang dapat di lakukan untuk penanganan nyeri dengan farmakologi dan non farmakologi. Penanganan yang diberikan pada masalah keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi yaitu menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, gangguan rasa nyaman yaitu meningkatkan kualitas tidur dan istirahat adekuat, resiko pendarahan yaitu menghindari peran yang terlalu menekan diarea luka, resiko infeksi dengan cara mengganti balutan. Masalah Nyeri akut yang utama yang paling sering dirasakan oleh klien itu disebabkan karena adanya tindakan pembedahan dimana dilakukannya insisi yang menimbulkan perlukaan, sehingga terputusnya kontinuitas jaringan dan hal ini yang merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandin dan timbul rasa nyeri yang dialami pasien post Hernia inguinalis ( Nurarif dan Kusuma, 2015).

Tindakan operasi *post hernioraphy* dapat menyebabkan nyeri dan adapun cara yang dapat di lakukan untuk penanganan nyeri dengan farmakologi dan non farmakologi. Penanganan yang diberikan pada masalah Nyeri akut yang utama yang sering dirasakan oleh klien itu disebabkan karena adanya tindakan pembedahan dimana dilakukannya insisi yang menimbulkan perlukaan, sehingga terputusnya kontinuitas jaringan dan hal ini merangsang pengeluaran histamine

dan prostaglandin dan timbul rasa nyeri yang dialami pasien post operasi Hernia inguinalis lateralis (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu memberikan pendidikan kesehatan pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat dan upaya terapi farmakologi pemberian antibiotik dan analgesik untuk menurunkan intensitas nyeri (Potter&Perry, 2011).

Berdasarkan hasil data dan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien hernia inginalis melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Hernioraphy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019, secara komprehensif meliputi aspek iologi, psikososial dan spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr Slamet Garut Tahun 2019.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Memperkaya sumber referensi tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan Nyeri Akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *Post Hernioraphy* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada klien *Post Hernioraphy* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Hernioraphy* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1. Definisi**

Hernia adalah protusio (penonjolan) abnormal suatu organ atau bagian suatu organ melalui lubang (apertura) pada struktur disekitarnya, umumnya protusio organ abdominal melalui celah dari dinding abdomen (Sugeng dan Weni, 2010)

Hernia Inguinalis adalah suatu penonjolan yang terjadi pada kanalis inguinalis akibat masuknya (organ internal abdomen) melalui kanalis inguinalis lateral (Syamsuhidayat, 2004).

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

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas hernia inguinalis lateralis adalah karena terjadinya tekanan ke dinding otot atau perut bawah daerah inguinal yang menyebabkan timbulnya kantung hernia atau saluran di daerah inguinal sampai ke skrotum.

##### **2.1.2. Anatomi Fisiologi**

###### **1. Anatomi Sistem Pencernaan**

Susunan saluran pencernaan terdiri dari:

- a. Oris (rongga mulut)
- b. Faring (tenggorokan)
- c. Esofagus (kerongkongan)
- d. Gaster (lambung)
- e. Intestinum minor

1. Duodenum (usus 12 jari)

Duodenum (usus 12 jari) merupakan bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejunum) dengan panjang antara 25cm-38cm.

2. Jejunum

Jejunum merupakan kedua atau bagian tengah dari usus halus. Rata-rata panjang jejunum adalah 2,5 meter.

3. Ileum

Ileum merupakan bagian akhir atau ketiga dari usus halus. Panjang ileum adalah 2-4 meter.

f. Intestinum mayor

1. Seiku

Seiku dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar.

2. Kolon asendens

Kolon asendens terletak di abdomen bawah sebelah kanan membujur ke atas panjangnya 13 cm.

### 3. Kolon desendens

Kolon desendens terletak di abdomen bawah bagian kiri membujur dari atas ke bawah panjang nya 25 cm.

### 4. Kolon sigmoid

Kolon sigmoid lanjutan dari kolon asendens terletak miring, terletak dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuknya menyerupai huruf S, ujung bawah nya berhubungan dengan rectum.

#### a. Rektum

Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari ujung usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berada di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses.

#### b. Anus

Anus merupakan lubang di ujung saluran pencernaan, dimana bahan limbah keluar dari tubuh.

Alat-alat Penghasil Getah Cerna :

### 1. Kelenjar ludah

#### a) Kelenjar parotoid

Kelenjar parotoid terletak dibagian bawah telinga dibelakang ramus mandibula.

b) Kelenjar submandibularis

Kelenjar Submandibularis merupakan kelenjar yang memproduksi air liur terbanyak.

c) Kelenjar sublingualis

Kelenjar sublingualis merupakan kelenjar terkecil dari kelenjar ludah-ludah besar, terletak pada dasar rongga mulut, dibawah mukosa dan mempunyai saluran keluar (*duktus ekskretorius* yang disebut duktus rivinus)

a) Hati

Hati terletak di kuadran kanan atas abdomen di atas ginjal kanan, kolon, lambung, pankreas, dan usus serta tepat di bawah diafragma. Hati mempunyai berat sekitar 1,5kg.

b) Pankreas

Pankreas adalah organ tipis yang terletak didalam retroperitoneum dibagian atas abdomen dan berada tepat dibawah lambung.

c) Kandung empedu

Kandung empedu adalah organ menyerupai kantong yang berada di permukaan bawah hati dan disambung oleh jaringan penyambung, peritoneum, dan pembuluh darah.

## 2. Fisiologi Sistem Pencernaan

Fisiologi system pencernaan menurut Syaifuddin, (2006) yaitu

### a. Rongga Mulut

Mulut adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas dua bagian. Bagian luar yang sempit, atau vestibula yaitu ruang diantara gusi dengan bibir dan pipi, dan bagian dalam yaitu rongga mulut.

Fungsi rongga mulut:

1. Mengerjakan pencernaan pertama dengan jalan

mengunyah

2. Untuk berbicara

3. Bila perlu, digunakan untuk bernafas

### b. Pipi dan bibir

Mengandung otot-otot yang diperlukan dalam proses mengunyah dan bicara, disebelah luar pipi dan bibir diselimuti oleh kulit dan disebelah dalam diselimuti oleh selaput lendir (mukosa).

### c. Gigi

Gigi melakukan proses mekanik dalam menghancurkan makanan.

### d. Lidah

Fungsi lidah adalah:

1) Untuk mengecap manis, asin dan pahit

2) Untuk merasakan dingin dan panas

e. Kelenjar saliva

Kelenjar saliva menyekresikan air liur ke rongga mulut oleh kelenjar saliva sublingual dan submandibular bawah lidah.

d. Faring

Merupakan penghubung antara rongga mulut dan kerongkongan.

f. Esofagus

Esofagus adalah saluran berotot dengan panjang sekitar 25 cm dan diameter sekitar 2.

g. Lambung

Lambung terletak dibagian kiri atas abdomen tepat dibawah diafragma.

h. Usus Halus

Usus halus berjalan dari pilorus lambung ke sekum dan dapat dibagi menjadi tiga bagian: duodenum, jejunum, dan ileum. Panjang usus halus diperkirakan 3,65-6,7 m.

i. Kolon dan Rektum

Kolon adalah sekum dimana merupakan bagian yang paling lebar.

j. Eliminasi

Pengeluaran material dan saluran pencernaan disebut defekasi atau egesti dari materi sisa yang disebut feses.

Ruang rektum selalu kosong kecuali ketika menerima suatu kontraksi peristaltik dari kekuatan material feses yang keluar dari kolon sigmoid.

**2.1.3. Etiologi**

Hernia bisa disebabkan beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1 Congenital
- 2 Obesitas
- 3 Ibu hamil
- 4 Mengejan
- 5 Pengangkatan beban berat

### **2.1.3. Patofisiologi**

#### 2.1.4. Penatalaksanaan

Penanganan hernia ada dua macam:

##### 1. Konservatif (Townsend CM)

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. bukan merupakan tindakan definitive sehingga dapat kambuh kembali.

Terdiri atas:

##### a. Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia kedalam cavum peritonii 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.

##### b. Suntikan

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

##### c. Sabuk hernia

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

## 2. Operatif

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap:

### *a. Herniatomy*

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*

*Hernioplasty* pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (Ferguson, Bessini, Halstedt, *Hernioplasty* pada hernia inguinalis media dan hernia femoralis). Operasi hernia pada anak dilakukan tanpa *hernioplasty*.

### **2.1.5. Pemeriksaan penunjang**

1. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.
2. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematocrit), peningkatan sel

darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit.(Nurarif & Kusuma, 2015)

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Post op Hernioraphy**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### 1. Identitas Klien

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya: nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung jawab (Muttaqin & Sari, 2011).

#### a. Keluhan Utama

Keluhan adanya nyeri bagian abdomen disertai benjolan perut kanan bawah. Nyeri bisa bersifat hilang timbul.

#### b. Riwayat Kesehatan

##### 1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan lain yang didapat sesuai dengan kondisi hernia. biasanya keluhan yang ada berupa adanya rasa nyeri setelah dilakukannya tindakan operasi.

##### 2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Secara patologi Hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah

dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi di dalam rumah.

### 3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif.

#### a. Pola Aktivitas

##### 1. Nutrisi

Dikaji mengenai riwayat diet klien, bagaimana kebiasaan makan dalam sehari, jenis makan. apakah dijumpai perubahan makan akibat penyakit, setelah itu dikaji tentang kebiasaan minum seperti jenis, jumlah dalam sehari (Stuart & Sundeen, 1997).

##### 2. Eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat bab dan bak.

##### 3. Personal Hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau secara mandiri.

#### 4. Istirahat Tidur

Dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur, apakah ada gangguan sebelum dan pada saat tidur, lama tidur dan kebutuhan istirahat tidur.

#### 5. Aktivitas

Dikaji apakah aktivitas yang dilakukan klien dirumah dan dirumah sakit dibantu atau secara mandiri.

##### a. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. pemeriksaan fisik dilakukan head to toe tetapi hasilnya dituliskan persistem tubuh.

##### 1. Sistem Pernafasan

Potensi jalan nafas, perubahan pernafasan (rata-rata, pola dan kedalaman), RR < 10 x/menit, auskultasi paru : keadekuatan ekspansi paru, kesimetrisan. Inspeksi : pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan diafragma, retraksi sternal, thorax drain.

##### 2. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi darah, nadi dan suara jantung Kaji sirkulasi perifer (kualitas denyut, warna, temperature, dan ukuran ekstremitas).

### 3. Sistem Gastrointestinal

Mual muntah, kaji fungsi gastrointestinal dengan auskultasi suara usus, kaji palitik ileus, Insersi NG tube intra operatif dengan drainage lambung (untuk 20 memonitor perdarahan, mencegah obstruksi usus, irigasi atau pemberian obat, jumlah, warna, konsistensi isi lambung tiap 6-8 jam)

### 4. Sistem Endokrin

Dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

### 5. Sistem Persyarafan

Kaji fungsi serebral dan tingkat kesadaran, kekuatan otot, koordinasi.

### 6. Sistem Integumen

Kaji factor infeksi luka, distensi dari odema/paralitik illeus, tekanan pada daerah luka, dehiscence, eviscerasi.

### 7. Sistem Muskuloskeletal

Pada *hernia inguinal lateral* biasanya post operasi secara umum tidak mengalami gangguan, tapi perlu dikaji otot ekstremitas atas dan bawah, dengan nilai kekuatan otot (0-5). Diperiksa

juga adanya kekuatan pergerakan, atau keterbatasan gerak.

a. Pemeriksaan Psikologis

Yang perlu dikaji adalah status emosional, konsep diri, mekanisme koping klien dan harapan serta pemahaman klien tentang kondisi kesehatan sekarang.

1. Status Emosi

Kaji emosi klien karena proses penyakit yang tidak diketahui/tidak pernah diberitahu sebelumnya.

2. Pola Koping

Merupakan suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stress yang dihadapi.

3. Konsep Diri

Semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat orang mengetahui tentang dirinya dan mengetahui hubungannya dengan orang lain.

Konsep diri terdiri atas komponen-komponen berikut.

a) Gambaran Diri

Menggambarkan keadaan fisik klien.

b) Ideal Diri

Persepsi tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai personal tertentu.

c) Harga Diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan memeriksa seberapa baik perilaku seseorang sesuai ideal diri.

d) Peran Diri

Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan social berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok social.

e) Identitas Diri

Pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan Individu.

b. Data Psikososial

Bagaimana status emosi klien, harapan klien tentang penyakit yang dideritanya, gaya komunikasi, sosialisasi klien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi klien dirumah sakit, gaya

hidup klien sehari-hari, serta kepuasan pelayanan keperawatan yang klien rasakan dirumah sakit.

c. Data Spiritual

Keyakinan terhadap tuhan yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

d. Data penunjang

Pemeriksaan labolatorium dan atau radiologi perlu dilakukan untuk memvalidasi dalam penegakan diagnosa sebagai pemeriksaan penunjang.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan (Nurarif & Kusuma, 2015)**

1. Nyeri akut b.d diskontuinitas jaringan akibat tindakan operasi
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurangdari kebutuhn tubuh  
b.d mual muntah
3. Gangguan rasa nyaman
4. Resiko perdarahan
5. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah/operasi

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

**Tabel 2.1**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain):awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perubahan selera makan</li> <li>- perubahan tekanan darah</li> <li>- perubahan frekwensi jantung</li> <li>- perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>- laporan isyarat</li> <li>- diaphoresis</li> <li>- perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pain level,</i></li> <li>- <i>Pain control</i></li> <li>- <i>Comfort level</i></li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan)</li> <li>- melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>- mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>- menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b><i>Pain Management</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</li> <li>- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> <li>- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</li> <li>- Kontrol lingkungan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.</li> <li>- Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal.</li> <li>- Menentukan kultur pada klien</li> <li>- Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.</li> <li>- Keberadaan perawat</li> </ul>

<p>lain,aktivitas yang berulang)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengekspresikan perilaku (mis.,gelisah,merengek,menangis)</li> <li>- masker wajah(mis.,mata kurang bercahaya,tampak kacau,gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)</li> <li>- sikap melindungi area nyeri</li> <li>- focus menyempit (mis.,gangguan persepsi nyeri,hambatan proses berfikir,penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>- indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>- perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>- sikap tubuh melindungi</li> <li>- dilatasi pupil</li> <li>- melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>- gangguan tidur</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- agen cedera (mis.,biologis,zat kimia,fisik,psikologis)</li> </ul>	<p>yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>- Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi dan interpersonal)</li> <li>- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> <li>- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</li> <li>- Tingkatkan istirahat</li> </ul>	<p>dapat mengurangi persaan ketakutan dan ketidakberdayaan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan coping.</li> <li>- Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi</li> <li>- Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping.</li> <li>- Mempermudah menentukan perencanaan</li> <li>- Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan coping.</li> <li>- Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.</li> <li>- Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri</li> <li>- Mengurangi ketidaknyaman pada klien</li> <li>- Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut</li> <li>- Untuk mengevaluasi</li> </ul>
--	--	--

- 
- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- medikasi dan kemajuan penyembuhan
- Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan

### ***Analgesic***

#### ***Administration***

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
  - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
  - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
  - Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
  - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
  - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- Menentukan jenis analgesik yang sesuai
- Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
- Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
- Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
- Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
- Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi
-

- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	- Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala	- Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi

### Nyeri Akut

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

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

**Tabel 2.2**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Hasil</b>	<b>Inrervensi</b>	<b>Rasional</b>
Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<b>Batasan karakteristik :</b>	- <i>Nutritional status</i>	<b><i>Nutrition management</i></b>	- Pilihan intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari
- kram abdomen	- <i>Nutritional status : food and fluidIntake</i>	- Kaji adanya alergi makanan	- Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan berdasarkan situasi individual dan kebutuhan spesifik
- nyeri abdomen	- <i>Nutritional status : nutrient intake</i>	- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrsisi yang dibutuhkan pasien	- Meningkatkan defisit dan memantau keefektifan terapi nutrisi
- gangguan sensasi rasa	- <i>Weight control</i>	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	- Meningkatkan asupan zat gizi
- berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal	<b>Kriteria Hasil :</b>	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan n protein dan vitamin C	- Pertimbangkan
- kerapuhan kapiler	- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	- Yakinkan diet yang	
- diare	- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan		
- kehilangan rambut berlebihan	- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi		
- enggan makan	- Tidak ada tanda-tanda malnutrisi		
- asupan makanan kurang dari recommended daily allowance (RDA)	- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan		
- bisung usus hiperaktif			
- kurang informasi			
- kurang minat pada makanan			
- tonus otot menurun			

- kesalahan informasi	- Tidak terjadi	dimakan	pilihan individual
- kesalahan persepsi	penurunan berat	mengandung	dapat memperbaiki
- membran mukosa pucat	badan yang berarti	tinggi serat untuk mencegah konstipasi	asupan diet
- Ketidakmampuan memakan makanan		- Berikan makanan yang terpilih(sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	- Memaksimalkan asupan zat gizi
- Cepat kenyang setelah makan		- Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian	- Mengidentifikasi toleransi makanan dan defisiensi serta kebutuhan nutrisi
- Sariawan rongga mulut		- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	- Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
- Kelemahan otot pengunyah		- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	- Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
- Kelemahan otot untuk menelan		- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	- Mengetahui nutrisi yang akan di berikan
- Penurunan berat badan dengan asupan adekuat			
<b>Faktor-faktor yang berhubungan :</b>			
- Asupan diet kurang			
<b>Populasi berisiko</b>			
- Faktor biologis			
- Kesulitan ekonomi			
<b>Kondisi terkait</b>			
- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient			
- Ketidakmampuan mencerna makanan			
- Ketidakmampuan menelan makanan			
- Gangguan psikososial			
		<b>Nutrition Monitoring</b>	
		- BB pasien dalam batas normal	- Menjaga keseimbangan nutrisi
		- Monitor adanya penurunan berat badan	- Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
		- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	- Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energy
		- Monitor lingkungan	- Lingkungan yang

	selama makan	nyaman mempengaruhi selama makan
-	Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	- Memaksimalkan asupan nutrisi
-	Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	- Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
-	Monitor turgor kulit	- Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
-	Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	- Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
-	Monitor kalori dan intake nutrisi	- Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
-	Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	- Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

### Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

- Gangguan rasa nyaman

**Tabel 2.3**

### 3. Gangguan Rasa Nyaman

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	intervensi	Rasional
<b>Definisi:</b> merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lin	<b>NOC</b> 1. anxiety 2. fear level 3. sleep deprivation	<b>NIC</b> <b>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</b> - gunakan pendekatan	- kesadaran diri sangat diperlukan dalam membina hubungan terapeutik perawat-pasien

gkungan, dan social	4. comfort, readiness for enhanced	yang menenangkan	- mengidentifikasi tingkat perasaan dari pasien
<b>Batasan</b>	<b>Kriteria</b>		- dapat membantu pasien lebih kooperatif pada saat dilakukan tindakan
<b>kata karakteristik</b>	1. mampu mengontrol	- nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien	- agar keluarga mengetahui apa yang terjadi terhadap perasaan pasien
- ansietas	2. status lingkungan yang nyaman	- jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur	- kesadaran diri sangat diperlukan untuk membina hubungan terapeutik perawat-pasien
- menangis	3. mengontrol nyeri	- pahami perspektif pasien terhadap situasi stress	- mengurangirangsangan eksternal yang tidak perlu
- gangguan pola tidur	4. kualitas tidur dan istirahat adekuat	- temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut	- observasi tingkat stress ,maka rencana keperawatan selanjutnya akan disusun dengan tepat
- takut	5. agresi pengendalian diri	- dorong keluarga untuk menemani klien	- dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan
- ketidakmampuan untuk relaks	6. respon terhadap pengobatan	- lakukan back/neck rub	- untuk mengurangi rasa takut terhadap klien
- iritabilitas	7. control gejala	- dengarkan dengan penuh perhatian	- anggota keluarga dengan respons padaapa yang terjadi dan kecemasannya dapat disampaikan pada perawat
- merintih	8. status kenyamanan meningkat		- anggota keluarga dengan responsnya pada apa yang terjadi dan kecemasan yang disampaikan
- melaporkan merasa dingin	9. dapat mengontrol ketakutan		- meningkatkan relakssi dan menurunkan kecemasan
- melaporkan merasa panas	10. support social		
- melaporkan perasaan tidak nyaman	11. keinginan untuk hidup		
- melaporkan gejala distress			
- melaporkan rasa lapar			
- melaporkan rasa gatal			
- melaporkan kurang puas dengan keadaan			
- melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut			
- gelisah			
- berkeluh kesah			
- <b>faktor yang berhubungan</b>			
- gejala terkait penyakit			
- sumber yang tidak adekuat			
- kurang pengendalian lingkungan			

<ul style="list-style-type: none"> <li>- kurang privasi</li> <li>- kurang kontrol situasional</li> <li>- stimulasi lingkungan yang mengganggu efek samping terkait terapi (mis., medikasi, radiasi)</li> </ul>	<p>tingkat kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</li> <li>- instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</li> <li>- berikan obat untuk mengurangi kecemasan</li> </ul> <p><b>Environment management</b> <b>confort pain management</b></p>
--	---

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

#### 4. Resiko perdarahan

**Tabel 2.4**

#### **Resiko Perdarahan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p><b>Definisi :</b> rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p><b>Faktor resiko :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan</li> </ul> <p><b>Populasi berisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat jatuh</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Blood lose severity</i></li> <li>- <i>Blood koagulation</i></li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada hematuris dan hematemesis</li> <li>- Kehilangan darah yang terlihat</li> <li>- Tekanan</li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Bleeding precautions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</li> <li>- Catat nila Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</li> <li>- Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui tanda resiko perdarahan</li> <li>- Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah</li> </ul>



		perdarahan
- Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas	- Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat	
<b>Bleeding reduction : gastrointestinal</b>		
- Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung dan drainase luka	- Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah	
- Monitor complete blood count dan leukosit	- Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan	
- Kurangi faktor stress	- Mengganti kehilangan pada cairan / darah	
- Berikan cairan intravena		

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

## 5. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah/operasi

**Tabel 2.5**

### Resiko infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Definisi</b> : rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.	<b>NOC</b> - <i>Immune status</i> - <i>Knowledge : infection control</i> - <i>Risk control</i>	<b>NIC</b> <b>Infection Control (kontrol infeksi)</b> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung	- Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait - Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi - Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien,
<b>Faktor resiko</b> - Gangguan peristalsis - Gangguan integritas kulit - Vaksinasi tidak adekuat - Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen - Malnutrisi - Obesitas	<b>Kriteria hasil</b> - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya - Menunjukkan		

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merokok</li> <li>- Stasis cairan tubuh</li> </ul>	<p>kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p>	<p>dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</p>	<p>pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat</p>
<b>Populasi berisiko</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpajan pada wabah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</li> </ul>
<b>Kondisi terkait</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan ph sekresi</li> <li>- Penyakit kronis</li> <li>- Penurunan kerja siliaris</li> <li>- Penurunan hemoglobin</li> <li>- Imunosupresi</li> <li>- Prosedur invasif</li> <li>- Leukopenia</li> <li>- Pecah ketuban dini</li> <li>- Pecah ketubah lambat</li> <li>- Supresi respon inflamasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan perilaku hideup sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>- Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>- Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkainfeksi kandung kemih</li> <li>- Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>- Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengurangi resiko penyebaran infeksi</li> <li>- Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</li> <li>- Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat</li> <li>- Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat</li> <li>- Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan</li> </ul>

---

- 
- |   |  |
|---|--|
| - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal                   | - Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi  |
| - Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko                  | - Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif |
| - Berikan perawatan kulit pada area epiderma                            | - Untuk menentukan adanya infeksi  |
| - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase | - Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri   |
| - Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah                                | - mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri   |
| - Dorong masukan nutrisi yang cukup                                     | - memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi  |
| - Dorong masukan cairan   | - memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi  |
| - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep               | - membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri sekresi yang statis                           |
| - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi                  | - membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dri   |
-

---

	sekresi yang statis
- ajarkan cara menghindrai infeksi	- Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
- laporkan kultur positif	- Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi

---

Sumber : (Nurarif dan Kusuma, 2015, Doenges 2014)

### 1.2.3 Implementasi Keperawatan

Fase implementasi dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. implementasi mengacu kepada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun. tindakan dilakukan berdasarkan tingkat ketergantungan klien (Reeder, 2009).

### 1.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Induniasih, 2016).