

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh:

DEVIANA NUROHIMAH

AKX.17.018



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Deviana Nurohimah

NIM : AXK.17.018

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak dapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Cianjur, 19 Mei 2020

Yang Membuat Pernyataan

METERAI
TAMPEL

6000
ENAM RIBU RUPIAH

Deviana Nurohimah

AKX.17.018

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

Oleh :

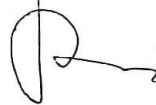
Deviana Nurohimah

AKX.17.018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 06 Juni 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Drs. H. Rachwan Herawan, BScAn.,M.Kes
NIDK : 10115175

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02004020117

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS

Oleh :

Deviana Nurohimah

NIM : AKX.17.018

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bnadung Pada Tanggal 06 Juni 2020

PANITIA PENGUJI

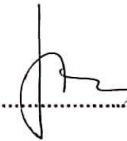

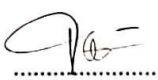

Ketua : Drs. H. Rachwan Herawan, BScAn.,M.Kes
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep
(Penguji 1)

2. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji 2)

3. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

.....

Mengetahui,

Universitas Bhakti Kencana
Dekan, Fakultas Keperawatan,



Rd. Sili Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIDN : 02007020132

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berjat 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 WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS” 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 Universitas Bhakti Kencana Bnadung.

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entis Sutrisno, M.H.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Drs. Rachwan Hermawan, BScAn.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dam memotivasi selama penulisan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vera Abriyanti S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Wijaya Kusuma 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Tn. S dan Tn. R bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan
10. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana Bandung.
11. Kepada orangtua tercinta yaitu Ayahanda Astib dan Ibunda Iis Aisah terima kasih atas segala do'a restu dan motivasinya yang telah menjadi penuntun demi keberhasilan anakmu, kakakku Tantan dan Dea Permadi yang telah memberikan dorongan semangat motivasi serta mendoakan keberhasilan penulis.
12. Pasa senior dan sahabatku khususnya Septy Dian Hospita, Mita Febriani, Meigita Sukma Pertiwi, Mery Juliana, Elsyia Yosita Utami, Disna Yunirianita serta teman – teman seperjuangan Angkatan XIII 2017 yang berjuang bersama – sama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ditengah – tengah wabah pandemic Corona (Covid 19).

13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Cianjur, Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : Hernia merupakan keluarnya isi tubuh atau biasanya abdomen melalui defek yaitu bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Hernia inguinalis dijumpai 25 kali lebih banyak pada laki – laki dibanding perempuan, didapatkan data angkat terjadi hernia di RSUD Ciamis di Ruang Wijaya Kusuma 1 periode Januari hingga Desember 2019 mencapai 46 kasus yang menjadikan hernia peringkat ke – 4 dari 18 kasus pembedahan. Salah satu penanganan hernia inguinalis dengan pembedahan *hernioraphy*, dari tindakan tersebut menyebabkan terjadinya perubahan inkontinuitas jaringan tubuh sehingga klien merasakan nyeri akut. Tujuan dari penelitian yaitu mampu melaksanakan dan mengaplikasikan ilmu dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode :** studi kasus yaitu untuk melakukan eskplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam serta menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi hernia dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus satu dan dua dapat teratasi pada hari kedua. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama terhadap kasus gangguan pencernaan hernia inguinalis hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien seperti peningkatan intra abdomen, mengangkat benda berat, perubahan pola hidup dan jika panjang post untuk menangani masalah keperawatan pada klien.

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

Daftar Pustaka : 10 Buka (2010 – 2015), 3 Jurnal (2014 – 2018), 3 Website 2019

ABSTRACT

Background: A hernia is the discharge of body contents or usually the abdomen through a defect, which is the weakest part of the cavity wall in question. Inguinal hernias were found 25 times more in men than women, data was obtained that the incidence of hernias at Ciamis Hospital in Wijaya Kusuma 1 room for the period January to December 2019 reached 46 cases which made the hernia ranked 4th out of 18 surgical cases. One of the inguinal hernia treatments is *hernioraphy* surgery, from this action it causes changes in body tissue incontinuity so that the client feels acute pain. The purpose of this research is to be able to implement and apply knowledge in Nursing Care for Post *Hernioraphy* Clients with acute pain nursing problems. **Method:** a case study, which is to explore a problem with detailed boundaries, has in-depth data collection and includes various sources of information. This case study was conducted on two postoperative hernia patients with acute pain nursing problems. **Result:** after nursing care by providing keprawatan intervention, acute pain nursing problems in cases one and two were resolved on the second day. **Discussion:** clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to cases of inguinal hernia indigestion, this is influenced by the condition or health status of the client such as intra-abdominal increase, lifting heavy objects, changes in lifestyle and if the length of the post to deal with nursing problems in client.

Keywords: Nursing Care, *Hernioraphy*, Acute Pain

Bibliography: 10 Open (2010 - 2015), 3 Journals (2014 - 2018), 3 Websites 2019

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Lambing, Singkatan Dan Istilah	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Teori.....	8
2.1.1 Definisi Hernia.....	8
2.1.2 Anatomi.....	9
2.1.3 Klasifikasi Hernia.....	13
2.1.4 Etiologi.....	16
2.1.5 Pathofisiologi	17
2.1.6 Manifestasi Klinis	20

2.1.7 Komplikasi	22
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	22
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	24
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	25
2.2.1 Pengkajian	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	34
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	34
2.2.4 Implementasi	43
2.2.5 Evaluasi	43
2.3 Konsep Nyeri	45
2.3.1 Definisi	45
2.3.2 Klasifikasi Nyeri	45
2.3.3 Diagnosis Nyeri.....	48
2.3.4 Tata Laksana Farmakologi	50
2.3.5 Tata Laksana Nonfarmakologi	54
BAB III METODE PENELITIAN	56
3.1 Desain Penelitian.....	56
3.2 Batasan Istilah	56
3.3 Partisipan / Responden/Subyek Penelitian.....	57
3.4 Lokasi Dan Waktu.....	57
3.5 Pengumpulan Data	58
3.6 Uji Keabsahan Data.....	59
3.7 Analisa Data	59
3.8 Etika Penelitian	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	64
4.1 Hasil	64
4.1.1 Gambaran Lokasi Pemngambilan Data.....	64
4.1.2 Asuhan Keperawatan	65
1.1.2.1 Pengkajian	65
1.1.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
1.1.2.3 Intervensi.....	86

1.1.2.4 Implementasi	90
1.1.2.5 Evaluasi	98
4.2 Pembahasan.....	99
4.2.1 Pengkajian	99
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	100
4.2.3 Perencanaan.....	103
4.2.4 Implementasi	105
4.2.5 Evaluasi	107
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	108
5.1 Kesimpulan	108
5.1.1 Pengkajian	108
5.1.2 Diagnosis.....	109
5.1.3 Intervensi.....	110
5.1.4 Implementasi	110
5.1.5 Evaluasi	111
5.2 Saran.....	111
5.2.1 Bagi Rumah Sakit	112
5.2.2 Bagi Institusi	112
DAFTAR PUSTAKA	xviii
LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anataomi Hernia	9
Gambar 2.2 Anatomi Hernia Inguinal.....	11
Gambar 2.3 Anatomi Hernia Inguinal Indirect Dan Direct.....	12
Gambar 2.4 Visual Analog Scale (VAS)	49
Gambar 2.6 Numericl Rating Scale (NRS).....	49

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	35
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi.....	37
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Perdarahan.....	38
Tabel 2.4 Intervensi Resiko Infeksi	40
Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman.....	42
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 Psikologi.....	74
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostic	76
Tabel 4.7 Program Dan Rencana Pengobatan.....	77
Tabel 4.8 Analisa Data.....	78
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	82
Tabel 4.10 Intervensi.....	86
Tabel 4.11 Implementasi.....	90
Tabel 4.12 Evaluasi.....	98

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hernia.....	18
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

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

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
Cm	: Sentimeter
CM	: <i>Compos Mentis</i>
CRT	: <i>Capillary Rapid Time</i>
DM	: Diabetes Mellitus
DepKesRI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: <i>Glaslow Come Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
HIL	: Hernia Inguinal Lateralis
IASP	: <i>Association For The Study Of Pain</i>
IV	: Intra Vena
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
K	: Kalium
LMR	: <i>Locus Minoris Resistence</i>
Mg	: Miligram
N	: Nadi
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
OAINS	: Obat Antiinflamasi Non Steroid
PES	: Problem, Etiologi, Sign Symptoms
PPOK	: Penyakit Patu Obstruksi Kronik
POD	: <i>Post Operasi Day</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RL	: Ringer Laktat

RR	: Repirasi
RSU	: Rumah Sakit Umum
S	: Suhu
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SIAS	: <i>Spina Iliaka Anterior Superior</i>
TBC	: Tuberculosis
TTV	: Tanda – Tanda Vital
VAS	: <i>Visual Rating Scale</i>
VRS	: <i>Verbl Rating Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan salah satu penyakit sistem pencernaan yang ditandai dengan keluarnya isi abdomen melalui defek atau bagian terlemah dari rongga yang bersangkutan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010). Hernia yang paling umum terjadi biasanya yaitu *Hernia Inguinalis*, orang awam biasanya menyebut “turun bero” yang ditandai dengan munculnya tonjolan pada selangkangan atau skrotum. *Hernia Inguinalis* muncul ketika dinding abdomen berkembang yang berakibat dapat usus menerobos ke bawah melalui celah (Nurarif & Kusuma, 2015). Faktor penyebab timbulnya hernia biasanya karena lemahnya dinding abdomen, peningkatan tekanan intra abdomen, bawaan sejak lahir, kebiasaan mengangkat benda yang berat, kegemukan, batuk, terlalu mengejan saat buang air kecil/besar, ada cairan di rongga perut, peritoneal dialysis, ventriculoperitoneal shunt, penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) dan riwayat keluarga ada yang menderita hernia (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Hernia abdominalis yang paling sering terjadi adalah *hernia inguinalis* sekitar 75% dan sekitar 50 persennya adalah *hernia inguinalis lateralis*, sedangkan *hernia inguinalis medialis* 25%, *hernia femoralis* 15%. Diperkirakan 15% populasi dewasa mengalami *hernia inguinalis*, 5 – 8% terjadi pada rentang usia 25 – 40 tahun dan mencapai 45% pada usia 75 tahun. *Hernia inguinalis* lebih banyak dijumpai pada laki – laki yaitu 25 kali lebih banyak dari wanita. Satu – satunya

cara untuk penyembuhan hernia adalah dengan tindakan pembedahan, baik pembedahan terbuka maupun *laparoskopik* (Wicaksono et al. 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization* pada tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia dari segala macam jenis mencapai 19.173.279 penderita (12%). Dengan kasus terbanyak berada di Negara berkembang yaitu Negara – Negara di Afrika, Asia Tenggara termasuk di Indonesia. Tetapi Negara dengan penderita terbanyak di dunia yaitu Negara Uni Emirat Arab sekitar 3.950 penderita pada tahun 2011 (WHO,2012). Berdasarkan sumber data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia terdapat 1.243 orang yang menderita *hernia inguinalis*, data tersebut diambil dari bulan Januari 2010 sampai Februari 2011 (DepKesRI, 2011). Data di Provinsi Jawa Barat yaitu Provinsi tempat dilakukannya penelitian, penulis menemukan penderita *hernia inguinalis* dari bulan Januari sampai Desember sebanyak 425 kasus (DepKesRI, 2015). Sedangkan data yang diperoleh dari Rekam Medik RSUD Ciamis Ruang Wijaya Kusuma 1 yaitu Rumah Sakit tempat penelitian terdapat 46 kasus dengan penyakit *hernia inguinalis* dari bulan Januari sampai Desember 2019, sehingga kasus hernia menduduki peringkat ke – 4 dari 18 kasus pembedahan (Rekam Medik RSUD Ciamis, 2019).

Tindakan yang dapat diberikan pada penderita hernia dapat berupa pembedahan seperti *herniotomy*, *hernioplasty*, dan *hernioraphy*. Salah satu tindakan pembedahan yang dilakukan yaitu *hernioraphy* yang merupakan tindakan membuang kantong hernia disertai bedah plastik sehingga memperkuat dinding perut bagian bawah dibelakang kanalis inguinalis (Muttaqin & Sari,

2013). Apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan maka benjolan pada hernia dapat semakin membesar sehingga suplai darah ke usus terhenti dan menyebabkan kematian jaringan serta kerusakan permanen (Muttaqin & Sari, 2013). Dari tindakan pembedahan pada penderita *hernia inguinalis* akan menimbulkan masalah keperawatan diantaranya yaitu nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah, gangguan rasa nyaman, resiko perdarahan, dan resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi bedah/operasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Berdasarkan hasil justifikasi terhadap 2 klien yaitu Tn. S dan Tn.R, post operasi *hernioraphy* di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis didapat kedua klien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi. Nyeri adalah komplikasi pertama dari tindakan pembedahan karena adanya luka pada bagian tubuh. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul karena adanya kerusakan jaringan yang actual 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 sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015). Nyeri akut akan berdampak pada masa penyembuhan yang semakin lama sehingga mengganggu kembalinya aktivitas klien.

Adapun intervensi yang dapat diberikan pada klien post operasi *hernioraphy* menurut Nurarif & Kusuma (2015) diantaranya lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presitipasi, observasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan, lakukan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur sehingga dapat mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri dimasa lalu, evaluasi pasien serta tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri dimasa lalu, bantu pasien dan keluarga untuk mencari serta menemukan dukungan, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri misalnya suhu ruangan, pencahayaan atau kebisingan, kurangi faktor presitipasi nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri seperti farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal, kaji tipe serta sumber nyeri sehingga dapat menentukan intervensi, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik sehingga mengurangi nyeri, evaluasi keefektifan kontrol nyeri, tingkatkan istirahat.

Kemudian, kolaborasi dengan dokter apabila ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, monitor penerimaan pasien mengenai manajemen nyeri, tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, serta derajat nyeri sebelum pemberian obat, cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu, tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri, tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal, pilih cara pemberian obat dengan IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur, monitor tanda – tanda vital sebelum serta sesudah pemberian analgetik pertama kali, berikan analgetik tepat waktu terutama pada saat nyeri hebat, evaluasi efektivitas

analgetik, tanda serta gejala (Nurarif & Kusuma, 2015). Oleh karena itu, sebagai petugas kesehatan perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul :”Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis Tahun 2020”

1.2 Rumusan Masalah

“ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis?”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini diantaranya :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan serta mengaplikasikan ilmu dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akt di Ruang Wujaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dalam penulisan karya ilmiah ini diharapkan penulis dapat melaksanakan :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis

2. Menetapkan diagnostik keperawatan pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada Klien Post Operasi Herniorapy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis
4. Melaksanakan tindakan keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma1 RSUD Ciamis
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Klien Post Operasi Dhernioraphy Dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis

1.4 Manfaat

Melalui karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memeperoleh manfaat sebagai berikut :

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil karya tulis ini diharapkan mampu memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi nonfarmakalogi penatalaksanaan untuk Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut.

2. Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada Klien Post Operasi Hernioraphy Dengan Nyeri Akut.

3. Bagi Institusi

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Hernia

Hernia merupakan keluarnya isi tubuh biasanya pada abdomen melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010). *Hernia Ingunal* yaitu menonjolnya isi suatu rongga yang melalui *anulus inguinalis* yang terletak disebelah *lateral vaso epigastrika inferior* menyusuri kanal inguinal dan keluar ke rongga perut melalui *anulus inguinalis eksternus*. *Hernia Inguinal* merupakan penonjolan suatu organ atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui sebuah defek konginital (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

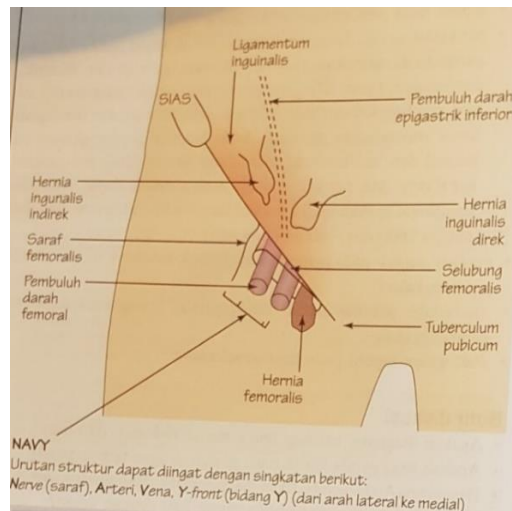
Hernia Inguinal adalah hernia yang paling sering terjadi dan timbul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Masyarakat biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia. *Hernia ingunalis* muncul ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika terasa ada benjolan dibawah perut yang lembut, kecil atau mungkin sedikit nyeri dan bengkak, hal tersebut kemungkinan menderita hernia. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Herniorhapy yakni tindakan mengikat leher hernia kemudian digantungkan pada conjoint tendon atau penebalan antara tepi bebas

m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum. (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.2 Anatomi

2.1.2.1 Anatomi Hernia



Gambar 2.1 Anatomi Hernia (Bundell & Harrison, 2015)

Anatomi hernia menurut Bundell & Horrison (2015) yaitu :

- a. Pemeriksaan sangat bergantung pada pengetahuan anatomi. Diharapkan mampu menunjukkan pengetahuan agar dapat membedakan Hernia inguinal dengan femoral, dan Hernia direk dengan indirek.
- b. Petunjuk pada permukaan adalah :
 1. Spina iliaka anterior superior (SIAS)
 2. Tuberculum pubicum
- c. Ligamen inguinal berada diantara keduanya
- d. Terbentuk dari serat aponeurosis oblik eksterna dan menggambarkan canalis inguinalis

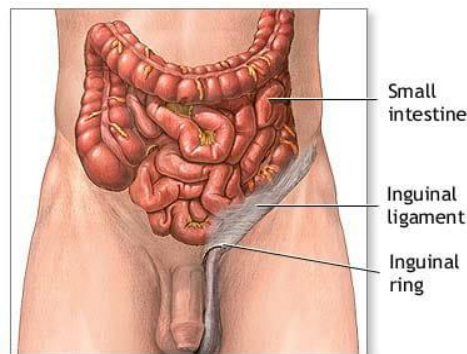
- e. Korda spermatica memasuki separuh canalis inguinalis sepanjang ligament-titik tengah inguinalis
- f. Daerah tersebut merupakan lokasi cincin inguinal dalam
- g. Jangan keliru dengan titik tengah inguinal yang berada di pertengahan antara simfisis pubis dan SAIS, yang merupakan petunjuk permukaan dari arteri femoralis
- h. Tuberculum pubicum adalah proyeksi tulang kecil pada puncak tulang pubis. Dapat sulit ditemukan bila tertutup lemak yang berlebihan.

Secara anatomi, anterior dinding perut meliputi otot-otot multilaminar yang kemudian berhubungan dengan aponeurosis, fasia, lemak, serta kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot yang disebut dengan aponeurosis (Muttaqin & Sari, 2015).

Otot transversus abdominalis merupakan otot internal dari otot-otot dinding perut yang merupakan lapisan dinding perut untuk mencegah *Hernia Inguinalis*. Bagian kuada otot membentuk lingkungan aponeurotik transversus abdominalis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan diatas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberculum pubikum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Dalam kranio-lateral, kanalis inguinalis dibatasi oleh annulus transversus yaitu bagian terbuka dari fasia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah, di atas tuberculum pubikum, kanal tersebut dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian atas terdapat aponeurosis musculus oblikus eksternus.

Bagian atas terdapat aponeurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Muttaqin & Sari, 2013).

2.1.2.2 Anatomi Hernia Inguinal

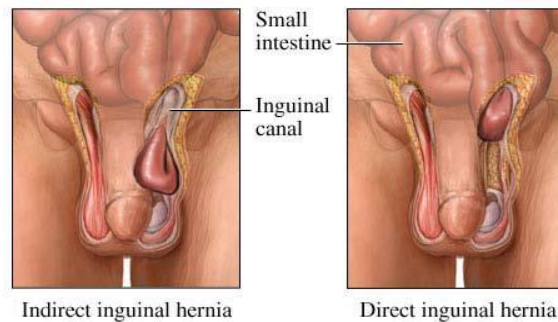


Gambar 2.2 Anatomi Herni Inguinalis (<https://docplayer.info/85572029-Bab-2-tinjauan-pustaka.html>)

Hernia inguinalis merupakan kondisi protrusi atau penonjolan organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis serta lemah dari cincin inguinalis. Materi yang lebih sering masuk yaitu usus halus, bisa juga berupa jaringan lemak atau omentum (Muttaqin & Sari, 2013).

1. *Small intestinal* yaitu usus halus
2. *Inguinal ligament* yaitu rongga atau bagian dinding dari cincin inguinalis.
3. *Inguinal ring* yaitu cincin inguinal

2.1.2.3 Anatomi Hernia Inguinal Indirect dan Direct



Gambar 2.3 Anatomi Hernia Inguinal Indirect dan Direct (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

1. *Inguinalis Indirect* yaitu terjadi ketika batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma masuk kedalam kanalis inguinalis.
2. *Inguinalis Direct* yaitu batang usus melewati dinding inguinal bagian posterior. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.2.4 Bagian – Bagian Hernia

1. Kantong hernia

Pada *hernia abdominalis* berupa peritoneum parietalis. Beberapa jenis hernia tidak memiliki kantong, misalnya *hernia incisional*, *hernia adiposa*, *hernia interstitialis*.

2. Isi hernia

berisi organ atau jaringan seperti a usus, ovarium, serta jaringan penyangga usus atau *omentum*. Yang teletak dalam kantong hernia,

3. Pintu hernia

Yakni bagian locus minoris resistance yang dilalui kantong hernia.

4. Leher hernia

Bagian tersempit dari kantong hernia.

5. Locus minoris resistence (LMR). (Jitowiyono, S & Kristiyanasari, W, 2010)

2.1.3 Klasifikasi Hernia

2.1.3.1 Berdasarkan terjadinya, *hernia congenital*/bawaan dan *hernia akuisita*/dapatkan yakni hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.3.2 Berdasarkan sifatnya

1. *Hernia reponible* yaitu terjadi bila isi hernia dapat dimasukkan kembali. Usus keluar apabila berdiri atau mengedep dan masuk kembali apabila berbaring atau didorong masuk. Tidak terdapat keluhan nyeri atau tanda sumbatan usus.
2. *Hernia ireponible* yaitu terjadi apabila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga, karena disebabkan adanya perlengketan isi usus pada peritoneum kantong *hernia*. Tidak ada keluhan nyeri serta tanda sumbatan usus.
3. *Hernia strangulate* atau *inkarserata* berawal dari kata, *incarceration* = terperangkap, dan *carcer* = penjara, yaitu terjadi bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut sehingga berakibat terjadinya gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis “hernia inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponible dengan

gangguan pasase, sedangkan vaskularisasi disebut sebagai “hernia strangulate”. Hernia strangulate mengakibatkan nekrosis pada isi abdomen didalamnya sehingga tidak mendapat suplai darah karena pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.3.3 Berdasarkan isinya

1. *Hernia adipose* yaitu hernia yang berisi jaringan lemak.
2. *Standing hernia* yaitu hernia yang isinya kembali kebagian dari dinding kantong hernia.
3. *Hernia litter* yaitu hernia inkasera atau strangulasi dimana sebagian dinding ususnya terjepit dalam cincin hernia (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.3.4 Berdasarkan macam hernia

1. *Inguinalis Indirect* yaitu terjadi ketika batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma masuk kedalam kanalis inguinalis
2. *Inguinalis Direct* yaitu batang usus melewati dinding inguinal bagian posterior
3. *Femoral* yaitu batang usus melewati femoral ke bawah kedalam kanalis femoralis
4. *Umbilikal* yaitu batang usus melewati cincin umbilikal

5. *Insisional* yaitu batang usus atau organ lain menonjol melalui jaringan perut yang lemah (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.3.5 Menurut lokasinya :

1. *Hernia hianatal* yaitu terjadi apabila kerongkongan atau pipa tenggorokan turun, kemudian melewati diafragma melalui celah atau disebut hiatus sehingga menyebabkan sebagian perut menonjol ke dada atau toraks.
2. *Hernia epigastrik* merupakan hernia yang terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut
3. *Hernia umbilikal* adalah hernia yang terjadi di sekitar pusar yang disebabkan karena bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya.
4. *Hernia inguinalis* merupakan hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum.
5. *Hernia femoralis* adalah hernia yang muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Jenis ini lebih sering dialami oleh wanita dibandingkan pada pria.
6. *Hernia insisional* adalah hernia yang terjadi melalui luka pasca operasi perut. Biasanya timbul sebagai tonjolan disekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.
7. *Hernia nucleus pulposi (HNP)* merupakan hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebrata lumbar bawah (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4 Etiologi

Hal yang mengakibatkan hernia adalah

- a. Kelemahan abdomen, yaitu lemahnya dinding abdomen yang disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang didapat sesudah lahir serta usia dapat mempengaruhi kelemahan dinding abdomen (semakin bertambah usia dinding abdomen semakin melemah)
- b. Peningkatan tekanan intra abdomen yaitu 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 inguinal menarik peritoneus dan disebut plekus vaginalis, peritoneal hernia karena canalis inguinalis akan tetap menutup pada usia 2 bulan
- d. Kebiasaan mengangkat benda yang berat atau *heavy lifting*
- e. Kegemukan (*marked obesity*)
- f. Batuk
- g. Terlalu mengejan saat buang air kecil/besar
- h. Ada cairan dirongga perut (*ascites*)
- i. *Peritoneal dialysis*
- j. *Ventriculoperitoneal shunt*
- k. Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK)
- l. Riwayat keluarga ada yang menderita hernia (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

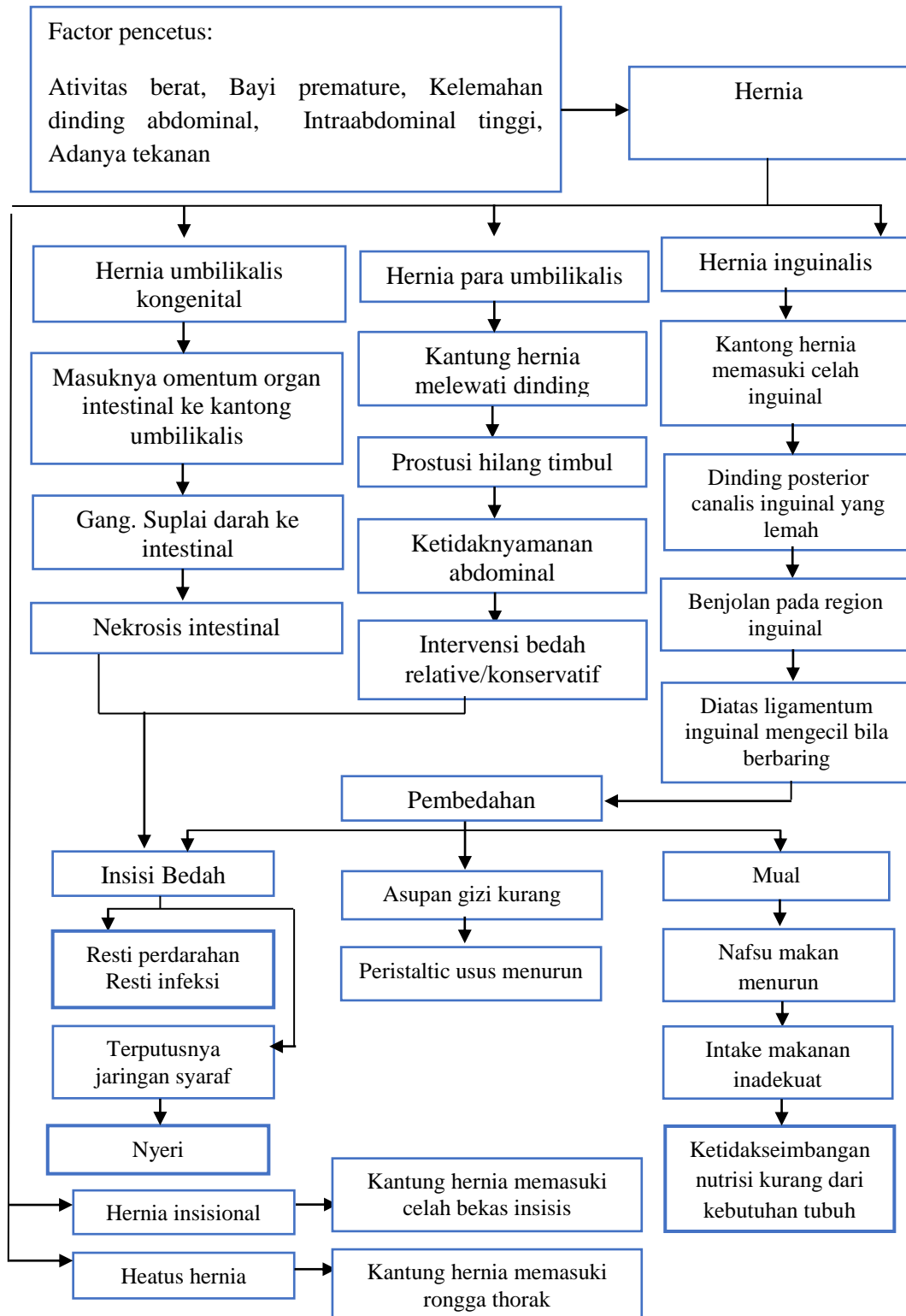
2.1.5 Patofisiologi Hernia

Kanal inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus bulan ke depan kehamilan terjadi. Desus testicularum melalui kanal tersebut. Penurunan testis itu akan menarik peritonium yang disebut dengan prosesus vaginalis peritoneal. Biasanya saat bayi lahir prosesus ini telah mengalami obiterasi sehingga isi perut tidak dapat melalui kanal. Dalam beberapa kasus belum terjadi penutupan karena testi turun lebih dulu dari yang kanan, maka kanal inguinalis kanan lebih sering terbuka.

Pada orang tua kanal 1 hari telah menutup, namun karena daerah itu merupakan lobus minor resistensi maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra abdominal meningkat benda berat, mengejan saat defekasi mengejan pada saat miksi, menjadi akibat hipertropi prostat.

Hernia dapat terjadi karena hasil dari adanya defek (lubang, bisa terjadi karena kelainan kongenital. Biasanya hernia bersifat kongenital dan disebabkan oleh kegagalan penutupan prosesus vaginalis atau kantong hernia. Hernia juga bisa terjadi karena kelemahan otot pada dinding abdomen serta adanya peningkatan tekanan intra abdomen yang 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



Bagan 2.1 Pathway Hernia (Nurarif & Kusuma, 2015)

Dari pathway tersebut dapat dijabarkan bahwa faktor yang dapat memicu timbulnya penyakit sistem pencernaan *hernia* yaitu aktivitas berat, bayi premature, kelemahan dinding abdominal, intra abdominal tinggi dan adanya tekanan. *Hernia* dibagi menjadi beberapa macam seperti *hernia umbilicali*, *kongenital* yang terjadi karena masuknya *omentum* organ intestinal ke kantong umbilikalis yang mengakibatkan terjadi gangguan suplai darah ke intestinal sehingga terjadi nekrosis intestinal. *Hernia pra umbilikal* terjadi karena kantong hernia melewati dinding sehingga prostusi hilang timbul dan terjadi ketidaknyamanan abdominal yang berujung pada tindakan bedah relative/ konservatif. *Hernia inguinalis* terjadi karena kantong hernia memasuki celah inguinal melewati dinding *posterior canalis inguinal* yang lemah yang terletak diatas ligamentum inguinal sehingga muncul benjolan pada region inguinal yang mengecil bila berbaring. *Hernia insisional* terjadi karena kantong hernia memasuki celah bekas insisi. *Heatus hernia* yang terjadi karena kantong hernia memasuki rongga thorak.

Dari berbagai macam hernia tersebut untuk penanganannya dilakukan dengan pembedahan atau insisi bedah sehingga akan memunculkan beberapa diagnosa keperawatan seperti resiko tinggi perdarahan, resiko tinggi infeksi, terputusnya jaringan syaraf menimbulkan nyeri akut. Kemudian dari proses pembedahan juga menyebabkan asupan gizi kurang dikarenakan peristaltik usus menurun terjadi mual yang menyebabkan nafsu makan menurun sehingga intake

makanan inadkuat dan menimbulkan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2.1.6 Manifestasi klinis

2.1.6.1 Manifestasi Klinis Pada Hernia Reponible

- a. Merasa tidak nyaman di tempat penonjolan
- b. Ada penonjolan di salah satu lokasi abdomen misalnya pada inguinal atau femoralis. Benjolan muncul pada saat mengejan atau BAB, mengangkat beban berat ataupun saat aktivitas berat tetapi hilang pada waktu istirahat baring.
- c. Kadang-kadang perut kembung
- d. Apabila terjadi perlengketan pada kantung hernia dan isi hernia maka tidak dapat dimasukkan lagi (ireponible) (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

2.1.6.2 Manifestasi Klinis Pada Hernia Inkarserata

- a. terdapat gambaran obstruksi usus sehingga pasien mengalami abstipasi, muntah, tidak flatus, perut kembung bahkan dehidrasi.
- b. Terjadi gangguan keseimbangan cairan, elektrolit serta asam basa
- c. Bila telah terjadi strangulasi, pasien mengalami nyeri hebat di daerah hernia, dimana nyeri menetap karena rangsangan peritoneum. Pada sata pemeriksaan ditemukan benjolan yang tidak dapat dimasukkan kembali serta disertai nyeri tekan tetapi tergantung pada keadaan isi hernia.

- d. Dapat dijumpai tanda peritonitis atau terjadi abses lokal, keadaan ini merupakan keadaan gawat darurat dan memerlukan pertolongan segera (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.6.3 Manifestasi klinis lain yang ditemui

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

Selain itu, menurut sumber dari Nurarif & Kusuma (2015) manifestasi klinis dari hernia diantaranya :

- a. Berupa benjolan keluar masuk yang terasa keras dan paling sering tampak benjolan pada lipat paha
- b. Terdapat nyeri pada daerah benjolan bila isi hernia terjepit dan disertai perasaan mual
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila sudah terjadi 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) disamping benjolan di bawah sela paha
- f. *Hernia diafragmatika* dapat menimbulkan perasaan sakit didaerah perut serta sesak nafas
- g. Bila pasien mengejan karena batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada hernia yaitu ileus, terjadi peningkatan antara isi hebara dengan dinding kartona hernia, sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Terjadi penekanan pada cincin hernia, karena makin bertambah atau banyaknya usus yang masuk. Bila sudah terjadi inkaserata dan dibiarkan makan akan timbul edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah kemudian terjadi nekrosis (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Penanganan hernia ada dua macam:

1. Konservatif atau *Townsend CM* yakni dilakukan untuk mereposisi serta pemakaian penyangga atau penunjang sehingga dapat mempertahankan isi hernia. Tindakan ini bukan salah satu tindakan definitive sehingga bisa kambuh kembali (Nurarif & Kusuma, 2015).

Terdiri atas:

a. Reposisi

Reposisi merupakan tindakan untuk mengembalikan isi hernia kedalam *cavum peritonii* atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dapat dilakukan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan tetapi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.

b. Suntikan

Dilakukan dengan cara menyuntikan cairan elektrolit bisa alkohol atau kinin pada daerah sekitar hernia, sehingga menyebabkan pintu hernia mengalami *sclerosis* atau penyempitan kemudian isi hernia dapat keluar dari *cavum pentonil*

c. Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Operatif

Operasi merupakan tindakan terbaik dan dapat dilakukan pada :

(Norton JA)

- a. Hernia reponibilis
- b. Hernia irreponibilis
- c. Hernia strangulata
- d. Hernia incarserata

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap :

- a. *Herniotomy* merupakan tindakan untuk membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.
- b. *Hernioraphy* yakni dilakukan dengan mengikat leher hernia kemudian digantungkan pada conjoint tendon atau penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominalis yang berinsersio di tuberculum pubicum.
- c. *Hernioplasty* yaitu memperkuat dinding depan abdomen dengan memperkecil cincin hernia dalam (annulus inguinalis internus) (Nurarif & Kusuma, 2015).

Operasi hernia pada anak dapat dilakukan tanpa hernioplasty dan dibagi menjadi 2 yaitu :

- a. Anak berumur kurang dari 1 tahun dapat menggunakan Teknik Michele Benc
- b. Anak berumur lebih dari 1 tahun: menggunakan Teknik POTT (Nurarif & Kusuma , 2015).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hernia dapat dilakukan dengan cara:

- a. Lab darah terdiri dar hematology rutin, BUN, kreatinin serta elektrolit darah.
- b. Radiologi : foto abdomen dengan kontras barium, flouroskopi (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan penting untuk pemecahan masalah secara akurat dan erat saling berhubungan satu sama lain. Terdapat 5 langkah kerja dalam proses keperawatan yaitu : pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Potter & Perry, 2011).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan diawali dengan menerapkan pengetahuan dan pengalaman perawat untuk mengumpulkan data tentang klien. Untuk menggali dan menemukan keunikan klien dan masalah keperawatan kesehatan personal klien maka diterapkannya pengetahuan ilmiah dan disiplin ilmu keperawatan (Potter & Perry, 2011).

2.2.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pekerjaan pendidikan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, tanggal operasi, no medrec, diagnosa medis, dan alamat pasien.

2. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, serta alamat penanggung jawab

2.2.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal antara lain:

1. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menggambarkan tentang hal-hal yang menjadikan pasien dibawa ke rumah sakit, pada pasien hernia inguinalis keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan adanya benjolan pada lipat paha atau nyeri hebat pada abdomen. Keluhan adanya benjolan akibat masuknya material melalui kanalis inguinal bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak (Muttaqin & Sari, 2013).

2. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama yang dirasakan pasien post operasi hernioraphy biasanya yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik (Nurarif & Kusuma, 2015).

Keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga, dengan menggunakan metode PQRST meliputi :

Provokatif : Apa faktor penyebab timbulnya nyeri, biasa pada kasus post hernioraphy nyeri dirasakan saat beraktivitas atau bergerak dan berkurang saat beristirahat.

Quality : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Pada kasus post hernioraphy yeri dirasakan bisa seperti berdenyut, tajam, menusuk atau teriris.

Region : dimana lokasi nyeri yang dirasakan, bersifat sementara, menjalar atau menyebar.

Scale : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan, pengkajian nyeri dengan menggunakan skala nyeri deskriptif. Misalnya : tidak ada

nyeri = 0, nyeri ringan = 1, nyeri berat = 3, nyeri tak tertahankan =4.

Time : berapa lama nyeri berlangsung, bersifat akut atau kronik, terjadi pada waktu - waktu tertentu yang dapat menambah rasa nyeri. Biasanya muncul pada waktu tertentu dan secara tiba-tiba (Muttaqin & Sari, 2013).

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif (Muttaqin & Sari, 2013).

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga dikaji mengenai apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama, mempunyai penyakit sistemik seperti DM, hipertensi, tuberculosis (Muttaqin & Sari, 2013).

d. Aktivitas Sehari-Hari

1) Pola Nutrisi

Pada pola nutrisi yang dikaji meliputi anoreksia, mual, muntah dan penurunan berat badan. (Doenges, 2012).

2) Pola Eliminasi

Pada pola eliminasi biasanya dijumpai ketidakmampuan defekasi atau flatus. (Doenges, 2012).

3) Pola Istirahat Tidur

Pada pengkajian pola istirahat tidur biasanya klien mengalami gangguan tidur karena adanya nyeri. (Doenges, 2012).

4) Personal Hygiene

Pada klien pasca operasi biasanya tidak dapat melakukan personal hygiene. (Doenges, 2012).

5) Aktivitas dan Latihan

Klien biasanya mengalami keterbatasan dalam bergerak akibat nyeri dan kelemahan. (Doenges, 2012).

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, serta auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem. (Muttaqin & Sari, 2013)

1) Keadaan Umum

Keadaan umum yang terjadi pada pasien post operasi hernioraphy biasanya kesemutan, kecemasan serta kelemahan (Dongoes, 2012).

2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Suhu badan pasien akan naik $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ dan terjadi takikardi (Muttaqin & Sari, 2013).

f. Pemeriksaan Fisik Persistem

Pada pemeriksaan fisik persistem fokus akan didapatkan pada dari inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

1) Sistem Respirasi

Pada sistem respirasi yang perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan hidung, 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, yang perlu dikaji yaitu 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

Sistem perkemihan dapat dikaji mengenai 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 terdapat nyeri pada waktu miksi atau tidak.

5) Sistem Integument

Pada kasus post operasi hernioraphy yang dikaji dari sistem integumen yaitu nyeri tekan, adanya luka insisi, turgor kulit dan tidak adanya gangguan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

6) Sistem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Muttaqin & Sari, 2013).

7) Sistem Muskulokeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstermitas atas atau bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak, reflex 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 penglihatan biasanya yang dapat dikaji oleh perawat adalah warna konjungtiva, sklera dan gangguan viru (Muttaqin & Sari, 2013).

9) Sistem Persyarafan

Kesadaran composmenstis, terdapat sianosis atau tidak. Pengkajian objektif klien seperti wajah meringis, menangis, merintih, meregang serta menggeliat (Muttaqin & Sari, 2013).

a) Tes Nervus Cranial

(1) Nervus Olfactorius (N I)

Saraf sensorik yang fungsinya untuk penghiduan (penciuman, pembauan). Minta klien mencium benda yang baunya mudah dikenal sambil menutup matas dan bandingkan hidung bagian kiri dan kanan (Niman, Susanti. 2013). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hyposmia) (Judha & Rahil, 2011).

(2) Nervus Optikus (N II)

Sifatnya sensori berfungsi untuk penglihatan. Cara pemeriksaan dengan test aktifitas visual dan test lapang pandang (Niman, Susanti. 2013). Menangkap rangsang cahaya yaitu 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, Trochealis serta Abduksen (N III, IV, VI)

Fungsi dari nervus III, IV, VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Nervus III berfungsi sebagai penggerak otot bola mata, pembuka kelopak mata dan kontraksi pupil (motorik). Nervus IV penggerak bola

mata ke bawah dan ke dalam. Nervus VI penggerak bola mata ke lateral (Niman, Susanti. 2013).

(4) Nervus Trigemini (N V)

Terdapat dua bagian yaitu fungsi sensibilitas (sensorik), mastikasi (motorik) terdapat pada bagian otot mengunyah (Niman, Susanti. 2013).

(5) Nervus Facialis (N VII)

Saraf motorik untuk ekspresi otot wajah, saraf sensorik untuk pengecapan rasa manis, asin, dan asam. juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah (salivasi) dan lakrimalis (Niman, Susanti. 2013).

(6) Nervus Auditorius (N VIII)

Bersifat sensorik, yang berfungsi mengkaji pendengaran (koklea) dan mengkaji keseimbangan (vestibulator) (Niman, Susanti. 2013).

(7) Nervus Glusofaringeus (N IX)

Berfungsi untuk gerakan menelan, refleks muntah (motoric), pengecapan rasa pahit (sensorik) (Niman, Susanti. 2013).

(8) Nervus Vagus (N X)

Mempersarafi organ visceral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensai pharynx, tonsil dan palatum lunak (Niman, Susanti. 2013).

(9) Nervus Assessorius (N XI)

Mempersarafi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh dan melawan tahanan (Niman, Susani. 2013).

(10) Nervus Hipoglossus (N XII)

Pada saraf ini berfungsi untuk mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan (Niman, Susanti. 2013).

g. Data Psikologi

Meliputi status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. (Muttaqin & Sari, 2013).

h. Data Social

Hubungan serta pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat atau lingkungan saat sakit. (Muttaqin & Sari, 2013).

i. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. (Muttaqin & Sari, 2013).

j. Data Penunjang

Semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani klien. Hasil pemeriksaan ditulis termasuk rujukan, pemeriksaan terakhir secara berturut-turut dan berhubungan dengan kondisi klien. (Muttaqin & Sari, 2013).

k. Program dan Rencana Pengobatan

Terapi yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu dan bagaimana cara pemberian obat tersebut. (Muttaqin & Sari, 2013).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul menurut Nurarif & Kusuma (2015) adalah

- a. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan karena tindakan operasi
- b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena adanya mual muntah
- c. Resiko perdarahan
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi bedah/operasi
- e. Gangguan rasa nyaman

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan perlu diterapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan. Pada tahap ini meliputi penemuan prioritas diagnosa keperawatan, menetapkan sasaran, tujuan, menetapkan kriteria evaluasi dan menemukan intervensi dan aktivitas keperawatan.

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

2.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut (Nurarif & Kusuma, 2015)

	NOC	NIC
<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 (Internasional 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 <6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekwensi jantung 4. Perubahan frekwensi pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaforesis 7. Perilaku distrik (mis., berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 8. Mengekspresikan perila (mis., gelisah, merengs menangis) 9. Masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpancar atau tetap pada suatu focus meringis) 10. Sikap melindungi area nyeri 	<p>NOC</p> <p>Pain level Pain control Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenal nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan Teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi Bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)

<p>11. Focus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Faktor yang berhubungan : agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p> <p>18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>20. Cek riwayat alergi</p> <p>21. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu</p> <p>22. Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan beratnya nyeri</p> <p>23. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>24. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>25. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>26. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p>
---	--

2.2.3.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi (Nurarif & Kusuma, 2015)

	NOC	NIC
<p>Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat pada makanan 12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat 13. Kesalahan konsepsi 14. Kesalahan informasi 15. Mambran mukosa pucat 16. Ketidak mampuan memakan makanan 17. Tonus otot menurun 18. Mengeluh gangguan sensasi rasa 19. Mengeluh asupan 	<p>NOC</p> <p>Nutritional status : Nutritional status : food and fluid intake Nutritional satus : nutrient intake Weight control</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapn dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tinjau faktor - faktor individual yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna/makan makanan misal status puasa, mual, ileus paralitik setelah selang dilepaskan 2. Kaji penurunan nafsu makan klien 3. Auskultasi bising usus, palpasi abdomen, catat pasase flatus 4. Identifikasi kesukaan / ketidaksukaan diet dari pasien. 5. Observasi terhadap terjadinya diare; makanan bau busuk berminyak. 6. Pastikan dapat diet TKTP 7. Berikan cairan IV (albumin, lipid, elektrolit) 8. Berikan obat-obatan sasuai indikasi Antiemetik, Antasid 9. Konsul dengan ahli diet, tim pendukung nutrisi. 10. Sajikan makanan hangat dengan variasi yang menarik

-
- makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)
20. Cepat kenyang setelah makan
 21. Sariawan rongga mulut
 22. Steatorea
 23. Kelemahan otot pengunyah
 24. Kelemahan otot untuk menelan

Faktor yang berhubungan :

1. Faktor biologis
 2. Faktor ekonomi
 3. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
 4. Ketidak mampuan menelan makanan
 5. Faktor psikologis
-

2.2.3.3 Resiko perdarahan

Tabel 2.3 Intervensi Resiko Perdarahan (Nurarif & Kusuma, 2015)

	NOC	NIC
Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah sehingga dapat mengganggu kesehatan	NOC Blood lose severity Blood koagulation	Bleeding precautions 1. Monitor ketat tanda tanda perdarahan
Faktor resiko	Kriteria Hasil :	2. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan
1. Aneurisme	1. Tidak ada hematuria dan hematemesis	3. Monitor TTV ortostatik
2. Sirkumsisi	2. Kehilangan darah yang terlihat	4. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif
3. Defisiensi pengetahuan	3. Tekanan darah dalam batas normal sistol serta diastole	5. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)
4. Koagulopati intravaskuler diseminata	4. Tidak ada perdarahan pervagina	6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan
5. Riwayat jauh	5. Tidak ada distensi abdominal	7. Hindari mengukur suhu lewat rectal
6. Gangguan gastrointestinal misalnya penyakit ulkus, lambung, polip, serta varises	6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal	
7. Koagulopati inheren (mis.,	7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal	

-
- | | |
|--|--|
| <p>trombositopenia)</p> <p>8. Komplikasi pascapartum (mis., atoni uteri, retensi plasenta)</p> <p>9. Komplikasi terkait kehamilan (mis., plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)</p> <p>10. Trauma</p> <p>11. Efek samping terkait terapi (mis., pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)</p> | <p>8. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant</p> <p>9. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K</p> <p>10. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan sehingga dapat mempertahankan intake cairan yang adekuat serta pelembut feces</p> <p>Bleeding reduction</p> <p>11. Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>12. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)</p> <p>13. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>14. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan yaitu PaO₂, SaO₂, level Hb serta cardiac output</p> <p>15. Pertahankan patensi IV line</p> <p>Bleeding reduction : wound/luka</p> <p>16. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan</p> <p>17. Gunakan ice pack pada area perdarahan</p> <p>18. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka</p> <p>19. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
Tinggikan ekstremitas yang perdarahan</p> |
|--|--|
-

-
20. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
-

2.2.3.4 Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi bedah/operasi

Tabel 2.4 Intervensi Resiko Infeksi (Nurarif & Kusuma, 2015)

	NOC	NIC
<p>Definisi :</p> <p>mengalami peningkatan resiko terserang oleh organisme patogenik</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (diabetes melitus, obesitas) 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjaan pathogen 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat 4. Ketidak adekuatan pertahanan sekunder 5. Vaksinasi tidak adekuat 6. Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat 7. Prosedur invasive 8. Malnutrisi 	<p>NOC</p> <p>Immune status Knowledge : infection control Risk control</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat terbebas dari tanda serta gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit factor yang mempengaruhi penatalaksanaan serta 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>Infection control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan apabila sudah dipakai oleh pasien lain 2. Pertahankan teknik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 5. Gunakan sabun antimikroba dalam cuci tangan 6. Cuci tangan setiap sebelum serta sesudah tindakan keperawatan 7. Gunakan baju dan sarung tangan untuk alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik dalam pemasangan alat 9. Ganti letak IV perifer dan line central serta dressing sesuai dengan petunjuk umum 10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan risiko infeksi pada kandung kencing <p>Infection Protection</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

-
12. Monitor hitung granulosit, WBC
 13. Monitor kerentanan terhadap infeksi
 14. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko
 15. Berikan perawatan kulit pada area epidema
 16. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
 17. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
 18. Dorong masukkan nutrisi yang cukup
 19. Dorong masukan cairan
 20. Dorong istirahat
 21. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep
 22. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
 23. Ajarkan cara menghindari infeksi
 24. Laporkan kecurigaan infeksi
-

2.2.3.5 Gangguan rasa nyaman

Tabel 2.5 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman (Nurarif & Kusuma, 2015)

	Noc	Nic
<p>Definisi : merasa kurang senang, lega, serta sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan ataupun social</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Menangis 3. Gangguan pola tidur 4. Takut 5. Ketidakmampuan untuk rileks 6. Iritabilitas 7. Merintih 8. Melaporkan merasa dingin 9. Melaporkan merasa panas 10. Melaporkan perasaan tidak nyaman 11. Melaporkan gejala distress 12. Melaporkan rasa lapar 13. Melaporkan rasa gatal 14. Melaporkan kurang puas dengan keadaan 15. Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut 16. Gelisah 17. Berkeluh kesah <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala terkait penyakit 2. Sumber yang tidak adekuat 3. Kurang pengendalian lingkungan 4. Kurang privasi 5. Kurang kontrol situasional 6. Stimulasi lingkungan mengganggu 7. Efek samping terkait terapi (mis., medikasi, radias) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Fear level 3. Sleep deprivation 4. Comfort, readiness for enhanced <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol kecemasan 2. Status lingkungan yang nyaman 3. Mengontrol nyer 4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat 5. Agresi pengendalian diri 6. Respon terhadap pengobatan 7. Control gejala 8. Status kenyamanan meningkat 9. Dapat mengontrol ketakutan 10. Support social 11. Keinginan untuk hidup 	<p>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menyenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan mengenai perilaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur serta apa yang dirasakan selama prosedur 4. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress 5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 6. Dorong keluarga untuk menemani anak 7. Lakukan back / neck rub 8. Dengarkan dengan penuh perhatian 9. Identifikasi tingkat kecemasan 10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi 12. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi 13. Barikan obat untuk mengurangi kecemasan <p>Environment Manajement Confort Pain Management</p>

2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. (Nikmatur & Walid, 2012). Pelaksanaan keperawatan yang berhasil membutuhkan keterampilan :

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

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi yaitu melakukan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien atau hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Walid, 2012). Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER, penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah:

S (Data Subjektif)

perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O (Data Objektif)

Data yang didapat berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A (Analisis)

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis dilakukan untuk menganalisa diagnosis keperawatan yang masih terjadi ataupun diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang sudah teridentifikasi datanya dalam data subjektif serta data objektif.

P (Planning)

Perencanaan keperawatan dilihat apakah dapat dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang sudah menunjukkan hasil dengan memuaskan serta tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan.

I (Implementasi)

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan). tuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

E (Evaluasi)

Evaluasi merupakan respon dari klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

R (Reassessment)

Reassessment merupakan pengkajian ulang terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, rencana tindakan tersebut perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan. (Suprajitno dalam Wardani, 2013).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi

Nyeri berdasarkan *International Association for the Study of Pain* (IASP) pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terkait 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 ada juga nosisepsi tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan bisa lepas dari subjektivitas pasien. Namun, skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif. (Gaol & Pryambodho, 2014).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan sumber dari Gaol & Pryambodho (2014) dalam Buku Kapita Selekta Kedokteran, klasifikasi nyeri terdiri dari :

1. Berdasarkan patofisiologi
 - a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktivisasi nosiseptor saraf A- δ 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 menjadi :

- a) Nyeri visceral (berasal dari organ visceral). Dirasakan sebagai sensasi krama atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih ke lokasi lain (*referred pain*).
- b) Nyeri somatik yaitu berasal dari jaringan seperti kulit, otot, kapsul sendi, serta tulang.
 - 1) Nyeri somatik superfisial (*kutaneus*). Biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik, dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.
 - 2) Nyeri somatik profunda, sensasi nyeri yang biasanya terasa tumpul.
- b. Nyeri neuropatik disebabkan gangguan sinyal pada sistem saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada system saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi penyakit metabolic (misal diabetes), infeksi (missal herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

Kadang nyeri neuropatik disebut juga sebagai nyeri 'patologis'. Nyeri kronis terjadi ketika nyeri timbul tanpa adanya pemicu. Proses ini dilandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri neuropati seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hyperalgesia atau alodinia) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri persisten). Sifat nyeri neuropati seperti terbakar atau panas, geli, tertusuk, tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme, atau dingin. *Hyperalgesia*

adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara *Alodinia* adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menyebabkan nyeri.

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 terasa seperti nyeri dengan intensitas tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berlangsung sebentar, apabila dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, *remodeling* neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Sehingga, tata laksana nyeri akut dilakukan secara agresif.

b. Nyeri kronis sebelumnya didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung

lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini, nyeri kronis merupakan 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 persisten yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari-hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

2.3.3 Diagnosis nyeri

Berdasarkan sumber dari Gaol & Pryambodho (2014) dalam Buku Kapita Selekta Kedokteran, untuk menentukan diagnosis nyeri dilakukan beberapa pemeriksaan meliputi :

1. Anamnesis

Keluhan pasien merupakan indikator utama, kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi.

2. Pemeriksaan fisis

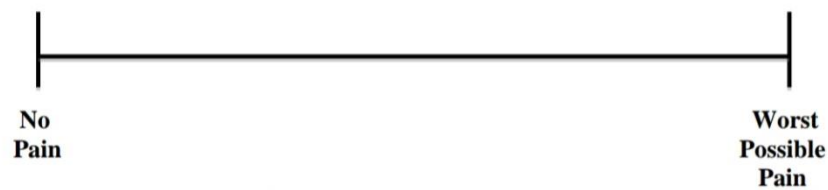
Pemeriksaan yang dilakukan dapat membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, sistem muskuloskeletal dan neurologis, serta status lokalis nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam, missal pada nyeri 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.

3. Pemeriksaan penunjang

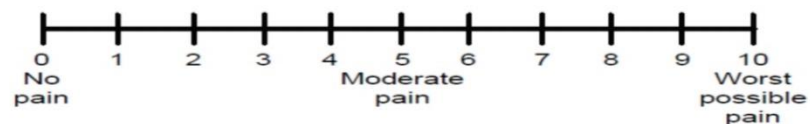
Pengukuran skala nyeri. Alat diagnostik yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri terkait intensitas nyeri yang dirasakan.

1. *Visual Analogue Scale (VAS)*. Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien – pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan waktu, validasinya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.



Gambar 2.4 *Visual Analog Scale (VAS)* (https://simdos.unud.co.id/uploads/file_penelitian_1_dir/0a3e5b2c21e3b90b485f882c78755367.pdf)

2. *Numeric Rating Scale (NRS)*, kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dapat dilakukan secara fleksibel (termasuk melalui telepon), dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda atau tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini juga dapat digunakan oleh pasien buta huruf dan angka.



Gambar 2.6 *Numericl Rating Scale (NRS)* (https://simdos.unud.co.id/uploads/file_penelitian_1_dir/0a3e5b2c21e3b90b485f882c78755367.pdf)

2.3.4 Tata Laksana Farmakologi

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologis untuk nyeri menurut Gaol & Pryambodho (2014) adalah:

1. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
2. Pilih pendekatan yang sederhana mengenai tata laksana nyeri. Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive
3. Pilih obat yang sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, serta pasien.
4. Buat rencana tata laksana
5. Pilih rute pemberian obat
6. Titrasi dosis
7. Optimalisasi pemberian
8. Pantau dan kendalikan efek samping
9. Bedakan toeransi, ketergantungan fisis, dan adiksi
10. Hindari penggunaan placebo

WHO's Pain Ladder

Pada tata laksana paliatif, khususnya untuk pasien-pasien kanker, *World Health Organization* (WHO) membuat suatu metode pemberian analgesic yang bertahap. Saat nyeri timbul, obat oral diberikan secara sesuai dengan tahapan sebagai berikut : nonopioid (missal aspirin, parasetamol); lalu jika dibutuhkan, opioid ringan (kodein); dan terakhir opioid kuat (morfin) hingga

pasien merasa bebas dari nyeri. Untuk mengatasi rasa takut dan cemas, dapat diberi obat tambahan (atau dikenal sebagai adjuvan). Untuk mempertahankan agar pasien terbebas dari rasa nyeri. Maka sebaiknya obat analgesik diberi 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 antinyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi:

2.3.4.1 Analgesik Nonopioid

Asetaminofen dan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.

1. Mekanisme kerja

Inhibisi enzim *siklooksigenase* (COX) yang menghambat sintesis prostaglandin. Seluruh obat nonopioid memiliki efek antiinflamasi, antipiretik, dan analgesik. Efek analgesik OAINS biasanya bertahan selama menit hingga jam, sementara efek anti inflamasi dapat 1-2 minggu. Efek antiinflamasi dapat membantu mengurangi nyeri karena mengurangi pembengkakan jaringan. Saat ini diketahui bahwa reseptor COX memiliki dua isoform, yaitu COX-1 dan COX-2 (contoh: obat -coxib), dengan efektivitas setara obat nonselektif namun efek samping yang lebih sedikit.

2. Penggunaan

Nonopioid digunakan untuk mengurangi berbagai nyeri akut dan kronis (akibat trauma, pasca operasi, kanker, nyeri artritis), dan trauma efektif untuk nyeri somatik (nyeri otot, dan sendi, nyeri gigi/tulang, nyeri inflamasi, nyeri pasca operasi). *Asetaminopen* dan OAINS masing-masing dapat mengatasi nyeri ringan, serta beberapa OAINS untuk mengatasi nyeri sedang. Bahkan untuk nyeri berat yang membutuhkan opioid, obat nonopioid tetap digunakan sebagai kombinasi untuk mengurangi dosis opioid yang dibutuhkan. Nonopioid tidak menyebabkan toleransi, ketergantungan fisis, atau adiksi

3. Efek samping (OAINS nonselektif)

Gangguan gastrointestinal (dyspepsia, ulkus, perforasi, perdarahan, disfungsi hati), perdarahan (efek *antirombosit*), disfungsi ginjal, reaksi hipersensitivitas, dan efek sistem saraf pusat. Efek samping tersebut berbeda tergantung pada jenis obat. Efek samping dapat dihindari dengan dosis kecil atau penggunaan dalam jangka waktu singkat. Efek samping juga dapat dikurangi dengan menekan isme proteksi, misalnya digunakan Bersama misoprosol untuk mengurangi resiko ulkus peptikus.

2.3.4.2 Analgesik Opioid

Analgesic adjuvant atau ko-analgesik : suatu kelompok obat dengan indikasi tertentu, namun memiliki efek anti nyeri, seperti obat antiepilepsi dan antidepresan trisiklik

1. Mekanisme kerja

Opioid berikatan dengan reseptor pada sistem saraf pusat untuk:

- a. Menghambat transmisi input nosiseptif pada korda spinalis perifer,
- b. Aktivitas jalur inhibisi desendens yang memodulasi transmisi di dalam korda spinalis, dan
- c. Mengganggu aktivitas sistem limbik.

sehingga, opioid memodifikasi baik aspek sensorik maupun afektif nyeri.

Opioid yang berbeda pula, seperti mu, kappa, serta delta.

2. Penggunaan

Opioid digunakan untuk mengatasi nyeri derajat sedang hingga berat yang tak dapat diatasi dengan nonopioid saja. Opioid biasanya dikombinasikan dengan nonopioid untuk mendapatkan efek *dose-sparing* sehingga dosis opioid yang dibutuhkan lebih sedikit. Hampir seluruh tipe nyeri berespon terhadap opioid, namun secara umum nyeri nosiseptif lebih berespon dibanding nyeri neuropatik, yang membutuhkan dosis opioid lebih tinggi. Efektivitas opioid berbeda-beda pada masing-masing individu sehingga jika gagal dengan obat yang satu, perlu mencoba obat yang lain.

Rute pemberian opioid bisa melalui berbagai cara, seperti oral, sublingual, rektal, parenteral, transdermal, intrarectal, atau epidural. Untuk nyeri kronis, cara oral atau transdermal lebih dipilih. Penggunaan intramuscular berulang sebaiknya dihindari. Opioid kerja singkat digunakan untuk nyeri yang hilang-timbul, sementara yang kerja panjang atau *sustained-release* diberikan pada pasien yang mengalami nyeri terus-menerus.

3. Efek samping

Efek samping yang dapat timbul pada opioid agonis reseptor mu adalah sedasi, *confusion*, depresi napas, mual, muntah, konstipasi, pruritus, dan retensi urin. Hati-hati penggunaan opioid pada pasien dengan ventilasi terganggu, asma bronkial, gagal hati, atau peningkatan tekanan intracranial.

2.3.5 Tata Laksana Nonfarmakologi

Tata laksana nonfarmakologi dilakukan untuk mendukung terapi farmakologi. Hal – hal yang dapat di lakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang bisa dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat. (Gaol & Pryambodho ,2014). Berikut upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan non farmakologi :

a. Relaksasi

Relaksasi merupakan tehnik pereda nyeri yang memberikan masukan terbesar karena tehnik relaksasi adalah tehnik untuk mencapai kondisi rileks (Findley, 2008). Tahap pelaksanaan tehnik relaksasi napas dalam menurut Priharjo (2013) meliputi :

1. Atur posisi klien hingga rileks, tanpa adanya beban fisik. Posisi dapat duduk ataupun jika tidak mampu dapat berbaring ditempat tidur.
2. Instruksikan klien untuk menarik atau menghirup napas dalam dari hidung sehingga rongga paru – paru terisi oleh udara melalui hitungan 1, 2, 3, 4 kemudian ditahan sekitar 3 – 5 detik.
3. Instruksikan agar klien menghembuskan napas, kemudian hitung sampai tiga secara perlahan melauai mulut.
4. Instruksikan untuk berkonsentrasi sehingga rasa cemas yang dirasakan bisa berkurang dan bisa dengan memejamkan mata.
5. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga kecemasan pasien berkurang
6. Ulangi sampai 10 kali, dengan selingi istirahat setiap 5 kali
7. Lakukan maksimal 5 – 10 menit.

a. Distraksi

Tehnik distraksi meruapakan metode untuk menghilangkan rasa nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal – hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Dasar teori distraksi yaitu

teori gate control (Cummings, 2006). Salah satu teknik dari distraksi yaitu terapi musik dengan tujuan untuk menurunkan nyeri pada post operasi (Priharjo, 2013).