

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. KONSEP PENYAKIT

2.1.1. Definisi Hernia

Hernia inguinalis adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ dalam yang masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis dan lemah dari cincin inguinalis. Organ yang sering masuk berupa usus halus, tetapi bisa juga suatu jaringan lemak atau omentum (Erickson,2009).

2.1.2. Konsep Anatomi Fisiologi

1) Anatomi Sistem Pencernaan

Susunan saluran pencernaan terdiri dari :

a. Intestinum Minor

1) Duodenum (usus 12 jari)

Duodenum atau usus dua belas jari merupakan bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkan ke usus kosong (jejunum) dengan panjang 25 cm

2) Jejunum (usus kosong)

Jejunum mempunyai panjang 2,5 meter, dimana proses digesti kimia dan absorpsi nutrisi.

3) Ileum (usus penyerapan)

Ileum adalah bagian akhir atau yang ketiga dari usus halus, panjang ileum adalah 3,5 meter.

(Muttaqin & Sari, 2013).

b. Intestinum Mayor

1) Seiku

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

2) Kolon Asendens (Naik)

Panjang kolon asendens 13 cm dan terletak di abdomen bawah sebelah kanan membujur ke atas.

3) Kolon Desendens (Mendatar)

Panjang kolon desendens 25 cm dan terletak di abdomen bawah bagian kiri membujur dari atas ke bawah.

4) Kolon Sigmoid (Turun)

Kolon sigmoid lanjutan dari kolon assendens terletak miring, terletak dalam rongga pelvis sebelah kiri, bentuknya menyerupai huruf S, ujung bawah nya berhubungan dengan rektum (Sarwandi & Linangkung. 2014).

2) Fisiologi Sistem Pencernaan

a. Usus halus

Usus halus berjalan dari pilorus lambung ke sekum dan dapat dibagi menjadi tiga bagian yaitu duodenum, jejunum, dan ileum. Panjang usus halus diperkirakan 3,65-6,7 m. Fungsi usus halus meliputi transportasi dan pencernaan makanan, serta absorpsi cairan, elektrolit, dan unsur makanan.

b. Eliminasi

Pengeluaran material dari saluran pencernaan disebut defekasi.

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

2.1.3. Etiologi

Hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya :

1. Kongenital
2. Obesitas
3. Ibu hamil
4. Mengenjan
5. Pengangkatan beban berat

(Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4. Manifestasi Klinis

1. Di lipatan paha biasanya terdapat benjolan yang keluar masuk atau keras .
2. Biasanya ada nyeri di daerah benjolan bila isinya terjepit dan disertai perasaan mual.

3. Bila sudah terjadi komplikasi biasanya ada gejala mual dan muntah atau distensi
4. Benjolan hernia akan bertambah besar bila penderita mengenjan dan batuk. (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.5. Penatalaksanaan

Terdapat dua macam penganganan hernia :

1. Konservatif (Townsend CM)

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah di reposisi. Bukan merupakan tindakan definitive sehingga dapat kambuh kembali. Terdiri dari :

- a. Reposisi

Reposisi merupakan suatu usaha untuk mengembalikan isi dari hernia ke dalam cavum peritonei atau abdomen. Reposisi ini dilakukannya secara bimanual, usaha ini dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan memakai sarung tangan. Usaha ini tidak digunakan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.

- b. Suntikan

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

c. Sabuk Hernia

Usaha ini dilakukan untuk penderita hernia yang ukurannya masih kecil dan yang menolak untuk operasi.

2. Operatif

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap :

a. Herniotomy

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

b. Hernioraphy

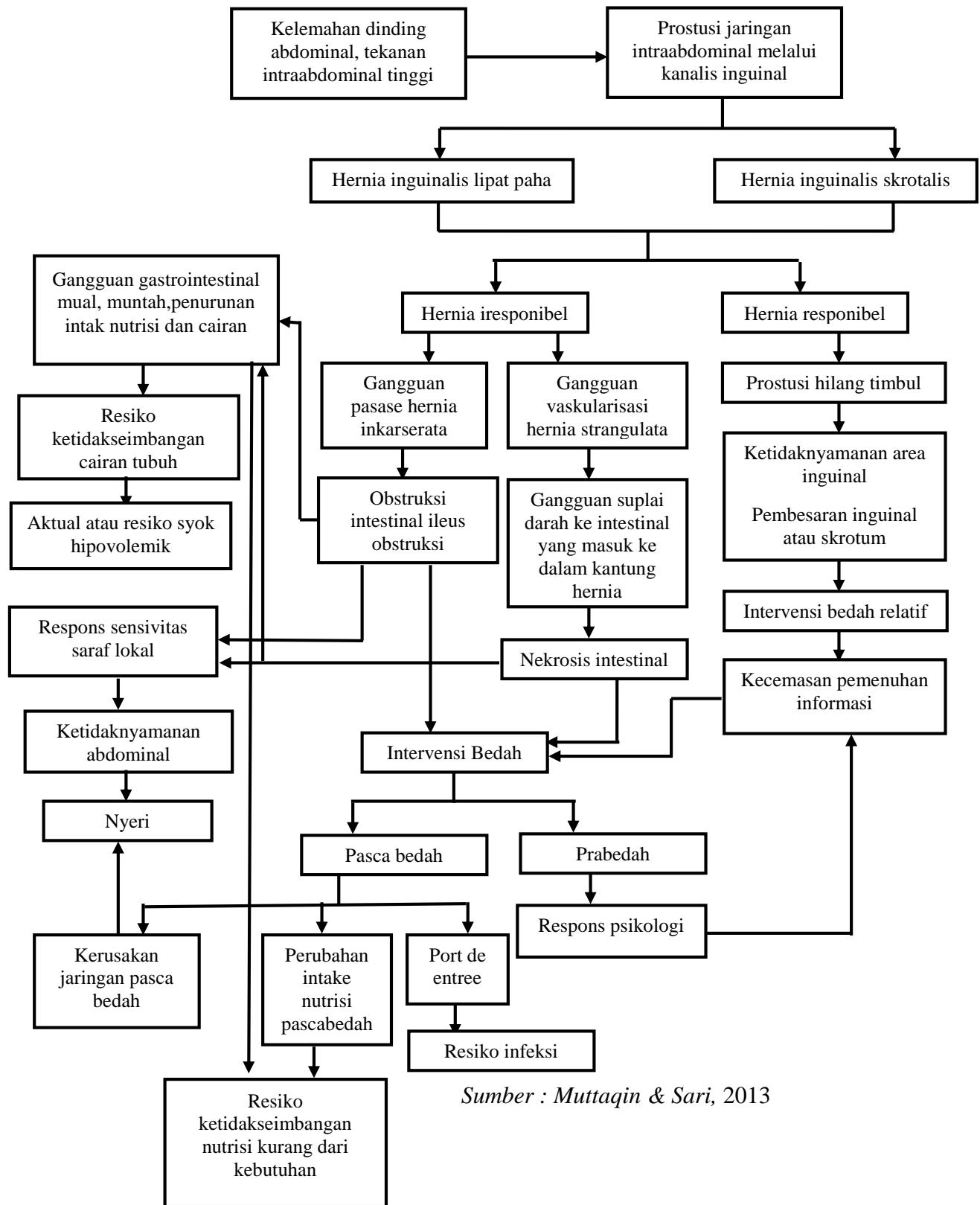
Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsensio di tuberculum pubicum)

c. Hernioplasty

Menjahitnya conjoint tendon pada ligamentum inguinal agar dinding perut menjadi lebih kuat karena tertutup otot. Hernioplasty pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (Ferguson, Bassini, halstedt, hernioplasty pada hernia inguinalis media dan hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc.Vay). Operasi pada anak dilakukan tanpa hernioplasty.

2.1.6. Patofisiologi

Bagan 2.1 Patofisiologi



Hernia inguinalis tidak langsung (*hernia inguinalis lateralis*), dimana prostusi keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk ke dalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai ke skrotum melalui jalur yang sama seperti pada saat testis bermigrasi dari rongga perut ke skrotum pada saat perkembangan janin, jalur ini biasanya menutup sebelum kelahiran, tetapi mungkin tetap menjadi sisi hernia dikemudian hari (Muttaqin & Sari, 2013).

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

Dengan berlanjutnya proses hernia maka harus dilakukan intervensi bedah, dengan dilakukannya intervensi bedah ini maka klien akan mengalami masalah keperawatan seperti resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, kerusakan jaringan sehingga menimbulkan nyeri, resiko infeksi, dan gangguan kenyamanan.

2.2. KONSEP HERNIORAPHY

2.2.1. Definisi Pembedahan

Operasi atau pembedahan merupakan tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian organ dalam tubuh. Pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan pada bagian tubuh yang akan ditangani, lalu dilakukan perbaikan dan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera, cacat, serta mengobati kondisi sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan yang sederhana (Syamsuhidajat,2010).

Sedangkan post operasi merupakan masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Tahap pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang

2.2.2. Definisi Hernioraphy

Hernioraphy adalah pengikatan leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsensio di tuberculum pubicum (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.2.3. Komplikasi Post Operasi

1. Infeksi pada luka
2. Hipotensi karena hipovolemia yang disebabkan oleh perdarahan dan overdosis obat anestetika
3. Hipertensi karena analgesik dan hipnosis yang tidak adekuat, penyakit hipertensi yang tidak diterapi, dan venrilasi yang tidak adekuat
4. Resiko perdarahan pada luka operasi

2.3. KONSEP NYERI

2.3.1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang merasakan nyeri dan yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Tetty, 2015)

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri Akut merupakan Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual, potensial atau digambarkan dalam kerusakan sedemikian rupa (Internasional Association for the study of pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga

berat yang akhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang lebih 6 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang lama, yaitu lebih dari enam bulan. Nyeri psikosomatik, sindrom nyeri kronis, dan nyeri terminal termasuk ke dalam kategori nyeri kronis (Maryunani, 2010).

2.3.3. Etiologi Nyeri

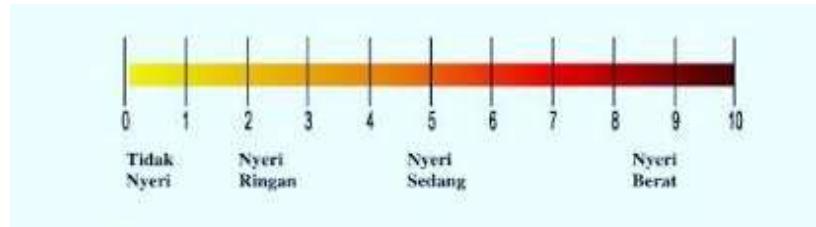
Proses terjadinya nyeri berkaitan dengan adanya stimulus dan reseptor yang menghantarkan nyeri munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus (rangsang) nyeri, stimulus-stimulus tersebut dapat berupa zat kimia, panas, listrik, serta mekanik. Stimulus-stimulus tersebut kemudian ditransmisikan dalam bentuk impuls-impuls nyeri yang dikirimkan ke otak.

2.3.4. Skala Nyeri

1. Skala Nyeri Secara Numeric Dan Visual

Skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.

Gambar 2.1
Skala Penilaian Numerik



Sumber : (Meliala & Suryamiharja, 2007)

Keterangan :

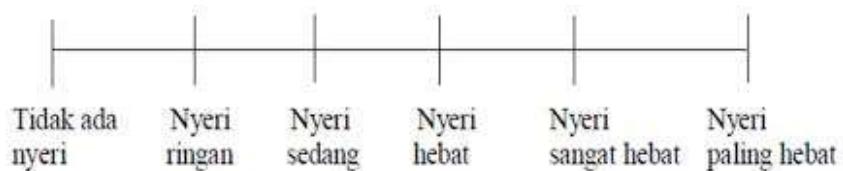
- a. 0 / tidak nyeri
- b. 1-3 / nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- c. 4-6 / nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyengir, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan nyeri, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- d. 7-9 / nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi.
- e. 10 / nyeri sangat berat : klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul (Nurhayati,2015).

2. Skala Deskriptif Verbal (SDV)

Skala Deskriptif Verbal (SDV) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis.

Pendeskripsi ini di ranking dari “tidak nyeri” sampai ”nyeri tidak tertahan”. Perawat menunjukan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru ia rasakan (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.2
Skala Nyeri Deskriptif Verbal



Sumber : (Potter & Perry, 2006)

3. Skala Nyeri Wajah

Skala wajah terdiri atas enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah yang sedang tersenyum (tidak merasa nyeri), kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih sampai wajah yang sangat ketakutan (nyeri yang sangat) nyeri (Potter & Perry, 2006).

Gambar 2.3
Skala Nyeri Wajah



Sumber : wongbakerface.org

Keterangan :

- | | |
|----|-----------------------|
| 0 | : tidak nyeri |
| 2 | : sedikit nyeri |
| 4 | : sedikit lebih nyeri |
| 6 | : lebih nyeri |
| 8 | : sangat nyeri |
| 10 | : nyeri sangat hebat |

2.4. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.4.1. Pengkajian

a. 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, 2013).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan klien post hernioraphy adalah nyeri daerah luka operasi. Dimana nyeri merupakan kondisi perasaan yang tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif (Tetty, 2015). Nyeri yang dialami pasien post hernioraphy adalah nyeri akut, yaitu nyeri yang terjadi segera setelah tubuh terkena cedera atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas bervariasi dari berat sampai ringan.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Dalam penyusunan riwayat kesehatan sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit, kemudian dijelaskan keluhan utama klien saat dikaji meliputi konsep PQRST, yaitu :

- a) Propokatif/Paliatif, apa yang memperberat atau memperingankan timbulnya gejala. Seperti adanya pergerakan yang dilakukan klien menyebabkan rasa nyeri bertambah.
- b) Quality/Kuantitas, bagaimana gejala dirasakan, dirasakannya seperti apa. Kebanyakan klien dengan post hernioraphy akan merasakan nyeri seperti tersayat atau teriris-iris.
- c) Region, lokasi dimana gejala dirasakan dan penyebarannya. Pada klien dengan post hernioraphy, luka operasi terletak di bagian bawah abdomen.
- d) Saverity/Scale, seberapa tingkat keparahan yang dirasakan, pada skala berapa.
- e) Timing, kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan (Rohmah, 2013).

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan penyakit turunan, pola hidup, kebiasaan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga dan penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar

anggota keluarga. Bila klien mempunyai penyakit keturunan seperti DM atau penyakit menular seperti Tuberculosis, Hepatitis, maka harus di gambarkan dengan genogram. Genogram pada umumnya dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan (Rohmah, 2013).

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Dalam riwayat kesehatan dahulu yang terpenting untuk dikaji adalah penyakit sistemik seperti, DM, hipertensi, tuberculosis, dan sebagai bahan timbangan untuk sarana pengkajian preoperatif.

d. Pola Aktivitas

1. Nutrisi

Dalam nutrisi ini dikaji tentang diet klien, kebiasaan makan dalam sehari, dan jenis makan. Dilihat apakah terjadi perubahan makan akibat penyakit, lalu dikaji tentang kebiasaan minum seperti jenis, jumlah minum dalam sehari.

2. Eliminasi

Dalam eliminasi ini dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, ditanya apakah ada kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK.

3. Personal Hygiene

Personal hygiene dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, memcuci rambut, dan dikaji juga apakah memerlukan bantuan orang lain atau bisa melakukannya secara mandiri.

4. Istirahat Tidur

Istirahat tidur dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur klien, apakah ada gangguan sebelum dan pada saat tidur, tanyakan berapa lama tidur dan bagaimana kebutuhan istirahat tidur.

5. Aktivitas

Dalam aktifitas dikaji apakah aktifitas yang dilakukan klien dirumah dan di rumah sakit, lalu tanyakan bisa mandiri atau perlu bantuan orang lain

e. Pemeriksaan Fisik

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

1. Sistem Pernafasan

Kaji adanya tanda-tanda respiratori distress seperti takipneu dan dipsneu, kaji adanya sianosis atau tidak, kaji pergerakan dinding dada, dan penggunaan otot bantu pernafasan diagfragma.

2. Sistem Kardiovaskuler

Kaji adanya takhikardi, peningkatan nadi sebagai akibat nyeri proses infeksi. Kaji sirkulasi perifer (kualitas denyut, temperature, dan ukuran ekstremitas).

3. Sistem Gastrointestinal

Mual muntah, kaji fungsi gastrointestinal dengan auskultasi suara usus, kaji adanya penurunan bising usus dan konstipasi. Pada post operasi juga kaji adanya nyeri pada daerah luka operasi, dan terdapat luka jahitan. Kaji bagaimana keadaan luka jahitan klien.

4. Sistem Endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid, paratiroid dan kelenjar getah bening akibat respon infeksi.

5. Sistem Persyarafan

Di sistem persyarafan kaji fungsi serebral dan tingkat kesadaran, kekuatan otot, dan koordinasi.

6. Sistem Integumen

Di sistem integumen kaji adanya faktor infeksi luka, dan perdarahan pada luka operasi.

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 apakah ada kekuatan pergerakan, atau keterbatasan gerak.

f. Pemeriksaan Psikologis

Dalam pemeriksaan psikologis yang perlu dikaji adalah status emosional, konsep diri, mekanisme coping klien dan harapan serta pemahaman klien tentang kondisi kesehatan sekarang.

1) Status Emosi

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

2) Pola Koping

Pola koping merupakan suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan strees, dan masalah yang dihadapinya.

3) Konsep Diri

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

g. Data Psikologis

Data psikologis dikaji bagaimana status emosi klien, harapan klien tentang penyakit yang dideritanya, gaya komunikasi, sosialisasi klien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi klien di rumah sakit, gaya kehidupan klien sehari-hari, serta kepuasan pelayanan keperawatan yang klien rasakan di rumah sakit.

h. Data spiritual

Kaji keyakinan kepada Tuhan yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan keagamaan yang dilakukan saat ini.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi
 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
 3. Gangguan rasa nyaman
 4. Resiko perdarahan
 5. Resiko infeksi
- (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.4.3. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

Tabel 2.1
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut Definisi : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan	NOC Kriteria Hasil : 1. Pain level 2. Pain control 3. Confort level 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi	NIC Pain Management 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.

<p>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>nyeri, mencari bantuan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p>	<p>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal.</p>
<p>Batasan karakteristik :</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 4. Perubahan frekuensi pernapasan 5. Laporan isyarat 6. Diaphoresis 7. Perilaku distraksi (mis.berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang) 		<ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Komunikasi teurapeutik mampu meningkatkan rasa percaya klien terhadap perawat sehingga klien kooperatif
<ol style="list-style-type: none"> 8. Mengekspresikan perilaku (mis.gelisah, merengek, menangis) 9. Masker wajah(mis. Mata kurang berharga, tampak kacau, 		<ol style="list-style-type: none"> 4. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahaayaan dan kebisingan 6. Kurangi faktor presipitasi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya. 5. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan 6. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping. 7. Membantu menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi
		<ol style="list-style-type: none"> 7. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi) 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Untuk mengetahui efektivitas nyeri dan Mempermudah menentukan perencanaan 9. Nyeri hebat yang tidak reda oleh

gerakan mata berpancar atau tetap pada satu focus (meringis)	8. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	tindakan rutin maka dilakukan terapi tambahan pereda nyeri
10. Sikap melindungi area nyeri	9. Melanjutkan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri	10. Mengevaluasi kemajuan medikasi penyembuhan
11. Focus menyempit (mis. gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)	10. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	11. Meningkatkan istirahat, mengarhkan perhatian dan meningkatkan coping
12. Indikasi nyeri yang dapat diamati	11. Tingkatkan istirahat	12. Mengevaluasi kemajuan penyembuhan dan keefektifan terapi yang diberikan
13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri	12. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.	1. Menentukan jenis obat untuk memberikan terapi
14. Sikap tubuh melindungi		2. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
15. Dilatasi pupil		
16. Melaporkan nyeri secara verbal		
17. Gangguan tidur		
Faktor yang berhubungan :		
18. Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis)		
Analgesic		
Administration		
	1. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	3. Untuk mengetahui rute pemberian obat kepada klien
	2. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu	4. Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi
	3. Pilih rute pemberian secara IV,IM untuk	

	pengobatan nyeri yang teratur
	4. Evaluasi efektifitas sesudah pemberian analgesic

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Tabel 2.2
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolismik Batasan Karakteristik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makan 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 	NOC <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutritional status : 2. Nutritional status : food and fluid 3. Intake 4. Nutritional status : nutrient intake 5. Weight control Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tandanya malnutrisi 5. Menunjukan peningkatan fungsi 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang 	NIC <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan yang terpilih (sudah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pilihlah intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan sesuai kebutuhan spesifik 3. Memantau keefektifan tercapai nutrisi 4. Memaksimalkan asupan zat gizi 5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet.

12. Penurunan berat badan dengan masukan makanan adekuat	berarti	dikonsultasikan dengan ahli gizi)	6. Memaksimalkan asupan gizi
13. Kesalahan konsepsi		7. Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makan harian	7. Mengidentifikasi toleransi maknan dan difisiensi serta kebutuhan nutrisi
14. Kesalahan informasi		8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	8. Mengetahui asupan gizi yang akan diberikan
15. Membrane mukosa pucat		9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	9. Untuk mengetahui pemahaman nutrisi klien
16. Ketidakmampuan memakan makanan		10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan.	10. Mengetahui nutrisi yang akan diberikan
17. Tonus otot menurun		Nutrition Monitoring :	
18. Mengeluh gangguan sensasi rasa		11. BB pasien dalam batas normal	
19. Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)		12. Monitor adanya penurunan berat badan	11. Menjaga keseimbangan nutrisi
20. Cepat kenyang setelah makan		13. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan	12. Mengetahui adanya ketidakseimbangan nutrisi
21. Sariawan rongga mulut		14. Monitor lingkungan selama makan	13. Mengetahui aktivitas yang harus dilakukan atau tidak karena bisa membuang energy
22. Steatorea (lemak yang banyak pada tinja)		15. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan	14. Lingkungan yang nyaman mempengaruhi selama makan
23. Kelemahan otot mengunyah		16. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi	15. Memaksimalkan asupan nutrisi
24. Kelemahan otot untuk menelan	Faktor-faktor yang berhubungan :	17. Monitor turgor kulit	16. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
25. Faktor biologis			17. Mengetahui ketidakseimbangan nutrisi
26. Faktor ekonomi			
27. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan			
28. Ketidakmampuan menelan makanan faktor psikologis			

18. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva	18. Asupan yang kurang mempengaruhi perubahan fisik
19. Monitor kalori dan intake nutrisi	19. Mengukur keefektifan bantuan nutrisi
20. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet	20. Mengetahui adanya kekurangan vitamin B

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

3. Gangguan rasa nyaman

Tabel 2.3
Intervensi Gangguan Nyaman

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : merasa kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial	NOC	NIC	
	1. Anxiety 2. Fear leave 3. Sleep deprivation 4. Comfort, readiness for enhanced	Anxiety Reduction (Penurunan Kecemasan)	1. Kesadaran diri sangat diperlukan dalam membina hubungan terapeutik perawat-pasien
Batasan	Kriteria Hasil		
Karakteristik :			
1. Ansietas	1. Mampu mengontrol kecemasan	2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien	2. Mengidentifikasi tingkat perasaan dari pasien
2. Menangis	2. Status lingkungan yang nyaman	3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur	3. Dapat membantu pasien lebih kooperatif pada saat dilakukan tindakan
3. Gangguan pola tidur	3. Mengontrol nyeri	4. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress	4. Agar keluarga mengetahui apa yang terjadi terhadap perasaan pasien
4. Takut	4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat		
5. Ketidakmampuan untuk relaks	5. Agresi	5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi ketakutan	5. Kesadaran diri sangat diperlukan untuk membina hubungan terapeutik perawat pasien
6. Iritabilitas	7. Control gejala		
7. Merintih	8. Status kenyamanan meningkat		
8. Melaporkan merasa dingin	9. Dapat mengontrol ketakutan		
9. Melaporkan merasa panas	10. Support social		
10. Melaporkan perasaan tidak nyaman	11. Keinginan untuk hidup		
11. Melaporkan gejala distress			
12. Melaporkan rasa lapar			
13. Melaporkan rasa gatal			

-
- | | | |
|--|---|---|
| 14. Melaporkan kurang puas dengan keadaan | 6. Dorong keluarga untuk menemani klien | rangsangan eksternal yang tidak perlu |
| 15. Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut | 7. Lakukan back/neck rub | 7. Observasi tingkat stress, maka rencana keperawatan selanjutnya akan disusun dengan tepat |
| 16. Gelisah | 8. Dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diapresiasi | |
| 17. Berkeluh kesah | 9. Untuk mengurangi rasa takut terhadap klien | |
| Faktor yang berhubungan : | 10. Anggota keluarga dengan respon pada apa yang terjadi dan kecemasan dapat disampaikan pada perawat | |
| 18. Gejala terkait penyakit | 11. Relaxasi akan mengurangi stres dan gangguan ketidaknyamanan pada pasien | |
| 19. Sumber yang tidak adekuat | 12. Jika tidak bisa diatasi maka harus dengan obat supaya tidak cemas berlebihan | |
| 20. Kurang pengendalian lingkungan | 13. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi | |
| 21. Kurang privasi | 14. Berikan obat untuk | |
| 22. Kurang kontrol situasional | | |
| 23. Stimulasi lingkungan yang mengganggu | | |
| 24. Efek samping terkait terapi (mis, medikasi, radiasi) | | |
-

mengurangi kecemasan Environment management confort pain management
Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

4. Resiko perdarahan

**Tabel 2.4
Intervensi Resiko Perdarahan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko	NOC	NIC	
Perdarahan	1. Blood severity	Bleeding Precaution	
Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan	2. Blood koagulation	1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan	1. Mengetahui tanda resiko perdarahan
	Kriteria Hasil :	2. Catat nilai Hb, dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan	2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah
Faktor resiko		3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif	3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih
1. Aneurisme	2. Kehilangan darah yang terlihat	4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	4. Trauma akan menyebabkan benturan dan menambah perdarahan
2. Sirkumsisi	3. Tekanan darah dalam batas normal sistole dan diastole	5. Asupan nutrisi untuk mengganikan output	5. Asupan nutrisi untuk mengganikan output
3. Defesiensi pengetahuan	4. Tidak ada perdarahan pervagina		
4. Koagulopati intravaskuler diseminata	5. Tidak ada distensi abdominal		
5. Riwayat jatuh	6. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal		
6. Gangguan gastrointestinal (mis, penyakit ulkus lambung, polip, varises)	7. Plasma, PT, PTT dalam batas normal,		
7. Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis)			
8. Koagulopati inheren(mis, atoni uteri, retensi plasenta)			
9. Komplikasi terkait kehamilan (mis, plasenta previa, kehamilan mola, solusio plasenta)			

10. Trauma	Bleeding Reduction
11. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defesiensi trombosit, kemoterapi)	<p>7. Identifikasi penyebab perdarahan</p> <p>8. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary/ artery wedge pressure)</p> <p>9. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p>
	Bleeding Reduction: Wound / Luka
	<p>10. Gunakan ice pack pada area perdarahan</p> <p>11. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka</p> <p>12. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan</p> <p>13. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan</p> <p>14. Instrusikan pasien untuk membatasi aktivitas</p>
	<p>10. Untuk mengurangi pengeluaran perdarahan</p> <p>11. Membantu aliran darah mengalir lambat</p> <p>12. Dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar darah</p> <p>13. Mengurangi adanya pengeluaran perdarahan</p>
	Bleeding Reduction Gastrointestinal
	<p>15. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung dan drainnase luka</p> <p>16. Monitor complete blood count dan</p>
	<p>14. Kehilangan atau penggantian faktor pembekuan yang tidak adekuat</p> <p>15. Mengetahui perkiraan kasar kehilangan darah</p>

leukosit			
17. Kurangi		faktor	
stress			
			16. Mencegah timbul perdarahan yang berlebihan
			17. Stress akan memicu terjadi perdarahan yang tidak terkontrol
			18. Mengganti kehilangan pada cairan / darah

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

5. Resiko infeksi

Tabel 2.5
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	Nic	
Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik	1. immune status 2. knowledge : infection control 3. risk control	Infection control (kontrol infeksi)	
Faktor resiko :			
1. Penyakit kronis	Kriteria hasil :		
2. Diabetes mellitus	1. klien bebas dari tanda dan gejala infeksi		
3. Obesitas	2. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang	1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	1. Mengurangi resiko kontaminasi silan dan infeksi terkait
4. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajaman pathogen	3. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang	2. Batasi pengunjung	2. Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajang infeksi
5. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat	4. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	3. Intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung	3. Pertahanan dini depan untuk klien , pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat
6. Gangguan peristalsis	5. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	4. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan	4. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana , tetap menjadi kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
7. Kerusakan integritas kulit(pemasangan kateter intravena, prosedur invasif)	6. jumlah leukosit dalam batas normal		
8. Perubahan sekresi pH	7. menunjukkan		
9. Penurunan kerja siliaris			

10. Pecah ketuban dini	perilaku sehat	5. Mengurangi resiko penyebaran infeksi
11. Pecah ketuban lama		
12. Merokok		
13. Stasis cairan tubuh		
14. Trauma jaringan (mis, trauma destruksi jaringan)	5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana, tetap menjadi kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
15. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder	6. Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung	7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
16. Penurunan hemoglobin		8. Mengurangi resiko penyebaran infeksi
17. Imunosupresi (mis, imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoklonal, imunomodulator)		9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihian
18. Supresi respon inflamasi	7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
19. Vaksinasi tidak adekuat	8. Ganti letak iv perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
20. Pemajaman terhadap pathogen	9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih	12. Untuk menentukan adanya infeksi
21. Lingkungan meningkat	10. Tingkatkan intake nutrisi	13. Mencegah akses dan membatasi
22. Wabah		
23. Prosedur invasif		
24. Malnutrisi		

-
- | | |
|---|---|
| 11. Berikan terapi antibiotik bila perlu | 14. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri |
| infection protection (proteksi terhadap infeksi) | 15. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi |
| 12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik local | 16. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi |
| 13. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko | 17. Membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis |
| 14. Berikan perawatan kulit pada area epidema | 18. Mengenali gejala infeksi akan segera dibawa ke palayanan kesehatan |
| 15. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase | |
| 16. Infeksi kondisi luka/ insisi bedah | |
| 17. Dorong masukan cairan | |
-

-
18. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
-

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

2.4.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi dimulai dari perawat menempatkan intervensi kedalam tindakan dan mengumpulkan umpan balik dan efeknya. Umpan balik kembali muncul dalam bentuk observasi dan komunikasi. Serta, memberikan data untuk mengevaluasi hasil intervensi keperawatan (Evina, 2013).

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

Secara prosedural, evaluasi berada pada tahap akhir proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan tahap perbandingan yang sistematis dan terencana dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan serta untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Evina, 2013).