

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **2.1 Konsep Teori Hernia inguinalis lateralis**

##### **2.1.1 Definisi Hernia Inguinalis Lateralis**

Hernia inguinalis lateralis adalah suatu kondisi di mana organ atau jaringan, seperti usus, menonjol melalui cincin inguinal internal dan masuk ke dalam kanal inguinal akibat kelemahan pada dinding otot, biasanya bersifat kongenital atau dipicu oleh tekanan intra-abdomen yang meningkat. Hernia inguinalis lateralis, atau hernia inguinal indirek, adalah jenis hernia yang terjadi ketika bagian organ dalam, seperti usus, menonjol melalui cincin inguinal dalam ke kanal inguinal, biasanya akibat kelemahan bawaan atau tekanan berlebih pada dinding perut (Zahro, 2019).

Hernia merupakan produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong dan isi hernia. Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan dinding perut (Ridlo, 2022).

Berdasarkan definisi diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa hernia inguinalis lateralis adalah jenis hernia yang terjadi ketika organ atau

jaringan, seperti usus, menonjol melalui cincin inguinal internal ke kanal inguinal akibat kelemahan bawaan atau tekanan berlebih pada dinding otot. Hernia merupakan kondisi di mana isi rongga, seperti isi perut, menonjol melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga tersebut, terdiri dari cincin, kantong, dan isi hernia.

### **2.1.2 Etiologi**

Hernia inguinalis lateralis (HIL) disebabkan oleh kombinasi faktor kongenital dan faktor didapat. Secara kongenital, hernia ini dapat terjadi akibat kegagalan penutupan prosesus vaginalis, yang merupakan perpanjangan peritoneum ke kanal inguinal selama perkembangan janin. Ketika penutupan ini tidak sempurna, celah yang tersisa memungkinkan isi perut, seperti usus, menonjol ke dalam kanal inguinal. Selain itu, kelemahan dinding otot di daerah inguinal yang bersifat bawaan juga dapat meningkatkan risiko terjadinya HIL. Faktor didapat yang turut berkontribusi antara lain peningkatan tekanan intra-abdomen yang disebabkan oleh aktivitas mengangkat beban berat, batuk kronis, konstipasi, kehamilan, atau kondisi medis lain seperti asites. Penuaan juga memainkan peran penting karena melemahnya jaringan ikat seiring bertambahnya usia, yang meningkatkan kerentanannya terhadap hernia. Selain itu, riwayat trauma atau pembedahan di area perut dapat melemahkan dinding otot, mempermudah terjadinya hernia. Pada pria, hernia inguinalis lateralis lebih sering terjadi karena kanal inguinal yang lebih besar, serta adanya faktor anatomi yang lebih memungkinkan terjadinya penonjolan tersebut (Khoeriyah, 2024).

### 2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) meliputi gejala-gejala yang umumnya terkait dengan penonjolan organ atau jaringan dari rongga perut ke dalam kanal inguinal. Gejala utama HIL adalah munculnya tonjolan atau benjolan yang terasa di daerah inguinal, biasanya pada sisi kanan atau kiri perut bagian bawah. Tonjolan ini bisa terlihat atau terasa lebih besar saat pasien berdiri, batuk, atau mengejan, dan seringkali mengecil atau menghilang saat pasien berbaring. Selain tonjolan, pasien juga dapat merasakan nyeri atau ketidaknyamanan di daerah inguinal, terutama saat melakukan aktivitas yang meningkatkan tekanan intra-abdomen, seperti mengangkat barang berat atau batuk.

Pada beberapa kasus, hernia inguinalis lateralis dapat menjadi lebih parah dan menyebabkan komplikasi, seperti hernia inkarserata (ketika isi hernia terjebak dan tidak dapat kembali ke rongga perut) yang dapat menimbulkan rasa nyeri tajam dan pembengkakan yang tidak bisa direduksi. Jika suplai darah ke isi hernia terhambat, bisa terjadi hernia strangulasi, yang mengakibatkan nyeri hebat, mual, muntah, dan tanda-tanda peritonitis (peradangan rongga perut). Komplikasi ini memerlukan penanganan medis segera untuk mencegah kerusakan jaringan yang lebih parah (Sumami, 2024).

### 2.1.4 Komplikasi

Komplikasi dari Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dapat terjadi jika hernia tidak ditangani dengan tepat atau mengalami perkembangan lebih lanjut. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi meliputi (Krismonika, 2023):

#### 1. Hernia Inkarserata

Hernia inkarserata terjadi ketika isi hernia, seperti usus atau jaringan lain, terjebak di dalam kantong hernia dan tidak dapat kembali ke rongga perut. Hal ini dapat menyebabkan pembengkakan dan nyeri yang terus-menerus. Jika hernia inkarserata tidak segera ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi lebih parah.

#### 2. Hernia Strangulasi

Hernia strangulasi adalah komplikasi serius yang terjadi ketika suplai darah ke bagian isi hernia terhambat atau terjepit. Hal ini dapat menyebabkan kematian jaringan yang terjepit, seperti usus, dan menimbulkan rasa nyeri hebat. Hernia strangulasi sering disertai dengan gejala lain seperti mual, muntah, demam, dan tanda-tanda peritonitis (peradangan pada rongga perut). Komplikasi ini memerlukan penanganan bedah darurat untuk mencegah kerusakan jaringan yang lebih parah dan infeksi.

#### 3. Obstruksi Usus

Ketika usus terjebak dalam kantong hernia, dapat terjadi obstruksi usus, di mana usus terhalang dan menyebabkan gangguan pada proses pencernaan. Gejala obstruksi usus meliputi perut kembung, muntah, dan ketidakmampuan untuk buang gas atau tinja. Obstruksi usus ini memerlukan penanganan medis segera untuk menghindari komplikasi lebih lanjut.

#### 4. Infeksi

Pada kasus hernia yang terinfeksi atau setelah prosedur bedah untuk perbaikan hernia, infeksi dapat terjadi pada area luka pembedahan atau

kantong hernia. Infeksi dapat memperburuk kondisi pasien dan memperlambat proses penyembuhan.

### **2.1.5 Patofisiologi**

Patofisiologi Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) melibatkan proses penonjolan isi rongga perut melalui kelemahan atau defek pada dinding otot kanal inguinal. Proses ini dapat dijelaskan dalam beberapa tahap sebagai berikut (Nurruzaman, 2019):

#### **1. Kelemahan Dinding Otot**

Pada hernia inguinalis lateralis, terdapat kelemahan atau defek pada dinding otot perut, terutama pada daerah kanal inguinal. Kanal inguinal adalah jalur alami yang dilalui oleh struktur-struktur seperti pembuluh darah dan saraf. Pada pria, kanal ini juga merupakan tempat melewati tali spermatika. Kelemahan bawaan atau akibat penuaan, trauma, atau tekanan intra-abdomen yang berulang dapat menyebabkan dinding kanal inguinal menjadi lemah dan mudah terbuka.

#### **2. Proses Penonjolan**

Tekanan intra-abdomen yang meningkat—misalnya akibat mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat—dapat menyebabkan isi perut, seperti usus atau jaringan lain, menonjol melalui celah yang lemah di dinding otot kanal inguinal. Pada hernia inguinalis lateralis, penonjolan ini terjadi melalui cincin inguinal dalam, yang merupakan bagian pertama dari kanal inguinal yang terhubung dengan rongga perut. Ini membedakan hernia

inguinalis lateralis (indirek) dari hernia inguinalis medialis (direct), yang terjadi melalui titik lemah langsung pada dinding otot perut.

### 3. Pembentukan Kantong Hernia

Setelah isi perut menonjol, ia membentuk kantong hernia yang terdiri dari peritoneum (lapisan tipis jaringan yang melapisi rongga perut). Kantong ini berisi organ atau jaringan yang terjebak, dan pada hernia inguinalis lateralis, isi kantong hernia bisa meluas ke dalam skrotum pada pria atau labia mayor pada wanita.

### 4. Risiko Komplikasi

Seiring berjalannya waktu, kantong hernia dapat membesar dan berisiko mengalami inkarserasi (terjebaknya isi hernia dalam kantong) atau strangulasi (terhambatnya suplai darah ke isi hernia). Kedua kondisi ini dapat menyebabkan nekrosis (kematian jaringan), infeksi, dan gangguan fungsi organ yang terlibat.

## 2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik untuk Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) bertujuan untuk mengkonfirmasi keberadaan hernia, mengevaluasi ukuran dan lokasinya, serta menilai kemungkinan komplikasi. Beberapa metode pemeriksaan yang umum dilakukan antara lain (Pramesti, 2023):

### 1. Pemeriksaan Fisik (Anamnesis dan Inspeksi)

Pemeriksaan fisik merupakan langkah awal yang penting dalam mendiagnosis hernia inguinalis lateralis. Dokter akan memeriksa adanya tonjolan atau benjolan di daerah inguinal, yang bisa menjadi tanda adanya

hernia. Pasien biasanya diminta untuk berdiri atau mengejan (misalnya dengan batuk atau mengejan seperti saat buang air besar) untuk memperbesar tonjolan tersebut, karena tekanan intra-abdomen yang meningkat dapat memperlihatkan hernia. Selain itu, dokter akan meraba daerah inguinal untuk menentukan apakah ada penonjolan yang dapat direduksi (kembali ke dalam rongga perut) atau terjebak.

## 2. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi adalah pemeriksaan non-invasif yang sering digunakan untuk menilai hernia, terutama pada kasus-kasus di mana diagnosis klinis sulit ditegakkan. USG dapat membantu mengidentifikasi tonjolan hernia, mengevaluasi ukuran kantong hernia, serta menilai apakah ada komplikasi seperti inkarserasi atau strangulasi. USG sangat berguna untuk menilai hernia pada pasien yang gemuk atau ketika hernia kecil yang tidak terlihat jelas pada pemeriksaan fisik.

## 3. CT Scan (Tomografi Komputer)

Pada kasus hernia yang lebih kompleks atau jika diperlukan evaluasi lebih mendalam, CT scan dapat digunakan untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang lokasi dan ukuran hernia. Pemeriksaan ini juga dapat membantu menilai adanya komplikasi, seperti obstruksi usus atau strangulasi.

## 4. X-ray dengan Kontras (*Baru-contrast Herniography*)

Pada beberapa kasus yang lebih langka, radiografi dengan kontras dapat digunakan untuk membantu menilai hernia, terutama jika ada dugaan

obstruksi usus atau komplikasi lain. Namun, metode ini tidak umum digunakan dibandingkan dengan USG atau CT scan.

#### 5. Laparoskopi

Laparoskopi biasanya dilakukan jika terdapat kebutuhan untuk evaluasi lebih lanjut, misalnya untuk menilai adanya hernia bilateral (dua sisi) atau untuk menilai kondisi pasien dengan riwayat hernia yang rumit. Laparoskopi memungkinkan visualisasi langsung dari kanal inguinal dan memungkinkan prosedur bedah dilakukan jika diperlukan.

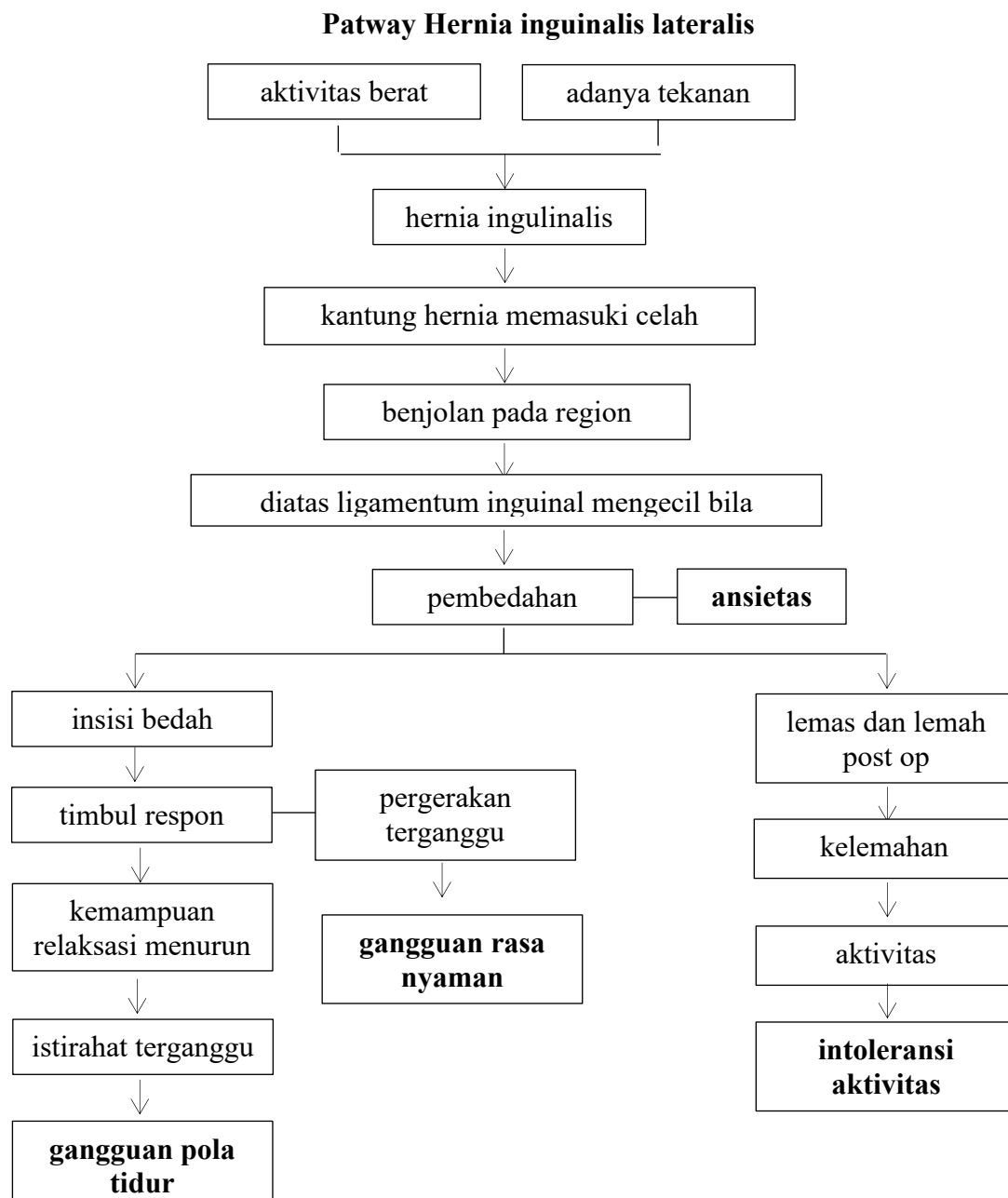
#### **2.1.7 Penatalaksanaan HIL**

Penatalaksanaan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) sebagian besar melibatkan tindakan bedah. Operasi adalah pengobatan utama yang direkomendasikan, terutama jika hernia menimbulkan gejala atau ada risiko komplikasi seperti inkarserasi atau strangulasi. Beberapa jenis prosedur bedah yang umum digunakan adalah herniorafi, di mana defek pada dinding perut dijahit, serta hernioplasti dengan penggunaan mesh untuk memperkuat dinding perut yang lemah. Mesh sering digunakan untuk mengurangi risiko kekambuhan hernia dibandingkan dengan hanya menjahit otot. Selain itu, laparoskopi menjadi pilihan untuk kasus-kasus tertentu, terutama pada hernia bilateral atau pada pasien yang memiliki riwayat hernia rumit. Pembedahan menggunakan teknik laparoskopi lebih minim invasif dengan waktu pemulihan yang lebih cepat. Bagi pasien dengan hernia yang tidak menunjukkan gejala atau komplikasi yang serius, pengelolaan non-bedah, seperti penggunaan pembalut hernia atau pengawasan rutin, mungkin cukup.



Namun, jika hernia mengalami inkarserasi atau strangulasi, penanganan bedah darurat diperlukan. Pemulihan pascaoperasi sangat penting untuk memastikan proses penyembuhan berjalan dengan baik, dan pasien diharapkan untuk menghindari aktivitas berat yang dapat meningkatkan tekanan perut selama beberapa minggu setelah operasi.

### 2.1.8 Patway HIL



**Gambar 2.1 Patway**

(Sumber : khoeriyah, 2024)

## 2.2 Konsep Ansietas

### 2.2.1 Definisi Ansietas

Ansietas adalah respons emosional terhadap situasi yang dianggap mengancam atau menantang. Ini adalah reaksi alami dan normal yang bisa membantu kita menghindari bahaya dan mempersiapkan diri menghadapi tantangan. Namun, ketika ansietas menjadi berlebihan atau tidak proporsional terhadap situasi, itu bisa menjadi masalah yang mengganggu kehidupan sehari-hari. Menurut American Psychological Association (APA), ansietas adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran yang khawatir, dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah. Ansietas dapat bermanifestasi dalam berbagai bentuk, termasuk gangguan ansietas umum (GAD), gangguan panik, fobia, dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD). Ansietas (anxiety) menurut Nevid, Rathus, & Green (Chaerunisa et al., 2022) adalah kondisi ketakutan atau kekhawatiran yang mengeluhkan suatu hal buruk akan terjadi. Ansietas menurut Freud dalam Rufaidhah : 2009 (Chaerunisa et al., 2022) adalah peran ego bagi mengingatkan seseorang mengenai potensi adanya bahaya sehingga dapat merancang respons adaptif yang sesuai.

Teori psikodinamika Freud dalam Ghufroon & Suminta menjelaskan ansietas merupakan hasil dari konflik mental yang tidak disadari. Ansietas membentuk sinyal bagi ego mengambil tindakan untuk mengurangi ansietas. Saat mekanisme diri bekerja, ansietas berkurang dan rasa aman pulih, tetapi jika konflik berlanjut, maka ansietas menjadi tinggi. Mekanisme pertahanan

diri seperti phobia, regresi dan perilaku ritualistic dialami sebagai gejala. Ansietas muncul dalam hidup seseorang ketika lahir dan rasa lapar untuk pertama kalinya.

Ansietas adalah emosi, perasaan yang timbul sebagai respon awal terhadap stress psikis dan ancaman terhadap nilai-nilai yang berarti bagi individu. Ansietas sering digambarkan sebagai perasaan yang tidak pasti, ragu-ragu, tidak berdaya, gelisah, kekhawatiran, tidak tenang yang sering disertai keluhan fisik. Ansietas pada anak akibat hospitalisasi merujuk pada kondisi di mana anak mengalami perasaan ansietas, takut, atau khawatir yang berlebihan terkait dengan pengalaman atau proses perawatan di rumah sakit (Oktarini, 2024).

### **2.2.2 Aspek Ansietas**

Menurut Nevid, Rathus, & Greene (Chaerunisa et al., 2022) aspek aspek ansietas terbagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut:

#### **1. Aspek Fisik**

Seseorang mengalami ansietas dapat tergambar melalui keadaan fisik, seperti mengalami kekhawatiran, kegugupan, anggota tubuh gemetar, sensasi dari pita ketat melilit di area dahi, kekencangan pori kulit perut atau dada, keringat berlebih, sakit kepala, mulut atau kerongkongan kering, kesulitan berbicara, kesulitan bernafas, jantung berdetak lebih cepat, suara bergetar, anggota tubuh rendah (suhu), lemas atau mati rasa, mual dan sakit perut, sering buang air kecil, wajah menjadi merah, dan sensitif.

## 2. Aspek behavioural

Ansietas yang dirasakan seseorang tampak dari tingkah lakunya yaitu seseorang cenderung menghindar, melekat dan tergantung serta risau.

## 3. Aspek kognitif

Ansietas dapat dicirikan melalui ciri psikologis seperti ansietas, ketakutan atau ketakutan yang mengganggu perihal masa yang akan datang, kesadaran yang mendalam, ketakutan kehilangan kontrol, memikirkan hal yang sama berulang kali, pikiran yang kacau, kesulitan memusatkan pikiran, dan berpikir segalanya tidak dapat dikontrol.

## 4. Keterkaitan

Untuk mengurangi ansietas pada lansia salah satunya untuk tetap aktif dan produktif dengan pola hidup sehat dengan cara berolahraga, makan makanan yang sehat dan dapat dukungan dari lingkungan sosial. Ketika lansia mengalami ansietas yang berlebihan akan mengalami gangguan fisik dan psikis dan akan menyebabkan pola hidup sehat yang tidak teratur

### **2.2.3 Tingkatan Ansietas**

Ansietas dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu :

1. Ansietas ringan, ansietas tingkat ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Ansietas ini menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsi. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menumbuhkan kreativitas.
2. Ansietas sedang, ansietas sedang mempengaruhi kemampuan individu untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Gejala

mungkin lebih terasa dan memengaruhi kinerja di tempat kerja, sekolah, atau hubungan sosial. Pada tingkat ini, seseorang mungkin memerlukan dukungan lebih lanjut dari keluarga, teman, atau profesional kesehatan mental.

3. **Ansietas berat**, Ansietas berat dapat menyebabkan ketidakmampuan untuk berfungsi secara efektif dalam kehidupan sehari-hari. Gejalanya meliputi serangan panik yang parah, isolasi sosial yang signifikan, atau masalah fisik yang berkaitan dengan stres kronis. Pengobatan yang tepat, seperti terapi kognitif perilaku atau pengobatan medis, seringkali diperlukan untuk mengelola ansietas pada tingkat ini.
4. **Gangguan ansietas**, tingkat ini berhubungan dengan rasa ketakutan dan teror. Hal yang terinci terpecah dari proporsinya. Seseorang dengan ansietas tingkat gangguan ansietas mengalami kehilangan kendali dan tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Ansietas pada tingkatan ini tidak sejalan dengan kehidupannya.

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala Cemas**

Cemas atau ansietas adalah respons emosional terhadap situasi yang dirasakan mengancam atau menakutkan, yang ditandai dengan perasaan tidak nyaman, tegang, dan kekhawatiran yang sulit dikendalikan. Pada anak-anak, kecemasan dapat dipicu oleh banyak faktor, termasuk ketidaktahuan terhadap

prosedur medis, lingkungan rumah sakit yang asing, serta perpisahan sementara dari orang tua. Kecemasan ini seringkali muncul dalam bentuk kombinasi gejala fisik, emosional, dan perilaku.

Gejala fisik yang sering muncul pada anak yang mengalami kecemasan antara lain peningkatan denyut jantung, pernapasan cepat, keringat dingin, nyeri perut, sakit kepala, sulit tidur, dan penurunan nafsu makan. Secara perilaku, anak dapat terlihat gelisah, rewel, menangis terus-menerus, menolak makan, sulit diarahkan, atau menolak berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Beberapa anak bahkan menunjukkan regresi perilaku seperti mengompol atau ingin terus ditemani orang tua. Sedangkan secara emosional, anak dapat terlihat sangat takut, mudah marah, cemas berlebihan, atau menunjukkan ekspresi wajah yang tegang dan kaku (Putri & Handayani, 2021).

Menurut studi oleh Fitriani et al. (2022), anak usia prasekolah dan usia sekolah yang menjalani tindakan medis atau pembedahan menunjukkan gejala cemas berupa ketegangan otot, tangisan, penolakan terhadap prosedur, serta perilaku menarik diri. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh rasa takut terhadap rasa sakit, kekhawatiran terhadap hasil tindakan medis, dan ketidakpastian yang mereka alami.

Sementara itu, penelitian dari Wulandari & Hidayati (2023) menjelaskan bahwa kecemasan pada anak pasca operasi juga dapat mengganggu proses penyembuhan. Anak-anak yang mengalami kecemasan tinggi cenderung lebih sulit makan, tidur tidak nyenyak, dan memiliki tingkat

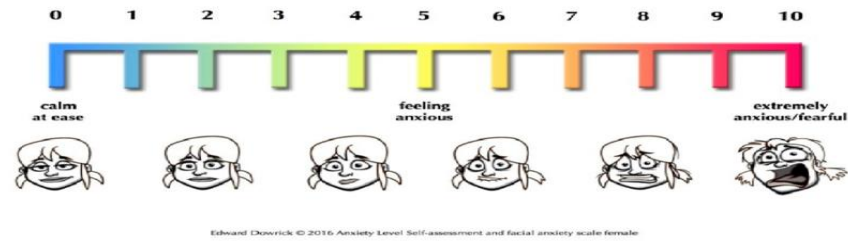
nyeri yang lebih tinggi karena adanya peningkatan kepekaan terhadap rasa sakit. Oleh karena itu, penting bagi perawat untuk mengenali tanda-tanda cemas secara dini dan memberikan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengurangi kecemasan tersebut.

Tanda dan gejala cemas pada anak merupakan masalah keperawatan yang perlu ditangani secara holistik. Perawat berperan penting dalam melakukan pengkajian menyeluruh terhadap kondisi psikologis anak, termasuk mengidentifikasi tanda-tanda kecemasan secara fisiologis dan perilaku. Salah satu intervensi keperawatan nonfarmakologis yang efektif adalah melalui pendekatan terapi bermain dan terapi seni, seperti menggambar, yang terbukti mampu menurunkan tingkat kecemasan anak secara signifikan.

#### **2.2.5 Pengukuran Tingkat Ansietas**

Pengukuran tingkat ansietas menggunakan CFS (*children's fear scale*). Skala Ketakutan Anak (CFS) digunakan untuk mengukur ansietas pada anak-anak, terutama saat prosedur yang menyakitkan. Alat ini diterapkan untuk mengukur ketakutan anak selama prosedur yang menyakitkan. Skala ini mencakup ilustrasi dari 6 wajah yang ditempatkan secara merata pada bidang horizontal (Thurillet, 2022).





Gambar 2.2 *children's fear scale*

1. Gambar 1 adalah wajah dengan ekspresi sangat senang dan memiliki skor 0 : Tidak ansietas
2. Gambar 2 wajah dengan senyum sedikit dan memiliki skor 1-2 : Sedikit ansietas
3. Gambar 3 wajah dengan ekspresi Netral dan memiliki skor 3-4 : Ansietas ringan
4. Gambar 4 wajah dengan sedikit air mata dan ekspresi sedih dan memiliki skor 5-6 :Ansietas sedang
5. Gambar 5 wajah dengan ekspresi sangat sedih dan air mata dan memiliki skor 7-8 : sangat ansietas
6. Gambar 6 wajah dengan ekrpesi menjerit dan memiliki skor 9-10 : Ansietas sekali

### 2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Ansietas

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (Chaerunisa et al., 2022) ansietas dipengaruhi beberapa faktor yaitu:

#### 1. Faktor Sosial Lingkungan

Mencakup pemaparan akan kejadian traumatik atau menyakitkan, mengamati respon ansietas orang lain, dan minimnya dukungan sosial.

## 2. Faktor Biologis

Mencakup kecenderungan genetik, penyimpangan dalam fungsi neurotransmitter, dan kelainan pada jalur otak yang memberi tanda bahaya atau yang menghambat perilaku berulang.

## 3. Faktor Perilaku

Mencakup stimulus aversif dan stimulus yang sebelumnya netral, ansietas disebabkan melakukan ritual kompulsif atau menghindari stimulus fobia, dan menurunnya kesempatan pemunahan sebab menghindari objek atau situasi yang ditakuti.

## 4. Faktor Kognitif dan Emosional

Mencakup konflik mental yang tidak teratasi (Freud atau teori Psikodinamika) faktor kognitif seperti perkiraan rasa takut yang berlebih, kepercayaan yang merusak diri atau irasional, sensitif berlebih pada ancaman, sensitif ansietas kesalahan atribusi sinyal fisik, dan efikasi diri yang rendah.

## **2.3 Konsep Perkembangan Anak**

### **2.3.1 Definisi Perkembangan Anak**

Perkembangan anak merupakan suatu proses perubahan yang bersifat progresif dan kompleks, yang meliputi peningkatan kemampuan fungsi tubuh, keterampilan motorik, bahasa, kognitif, emosi, sosial, serta moral anak. Perkembangan berbeda dengan pertumbuhan, dimana pertumbuhan lebih menekankan pada perubahan ukuran fisik, sedangkan perkembangan

berhubungan dengan kematangan fungsi organ tubuh dan kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan.

### **2.3.2 Tahap Perkembangan Anak**

Tahap perkembangan anak dapat dibagi menjadi beberapa fase sesuai dengan rentang usia. Menurut teori perkembangan Erikson, anak usia prasekolah berada pada tahap initiative versus guilt, dimana anak mulai mengembangkan rasa inisiatif, kreativitas, serta keinginan untuk mengeksplorasi lingkungannya. Sementara itu, Piaget menjelaskan bahwa anak usia 2–7 tahun berada pada tahap preoperasional, dimana kemampuan berpikir simbolik mulai berkembang, namun masih terbatas pada egosentrisme dan imajinasi yang tinggi (Papalia & Martorell, 2021). Pada usia sekolah (6–12 tahun), anak memasuki tahap industry versus inferiority, yaitu masa ketika anak mulai menunjukkan keterampilan, produktivitas, dan kemampuan untuk bekerja sama dengan teman sebaya.

Bagi anak usia 5 tahun, perkembangan kognitif, motorik, dan sosial emosional sedang berada pada fase yang sangat pesat. Anak sudah mulai mampu mengenali warna, bentuk, dan angka sederhana, serta memiliki keterampilan menggambar dan mengekspresikan diri melalui media seni.

### **2.3.3 Aspek Perkembangan Anak**

Aspek perkembangan anak mencakup beberapa dimensi utama. Pertama, perkembangan fisik dan motorik, yang meliputi pertumbuhan tubuh serta keterampilan motorik halus dan kasar. Pada usia 5 tahun, anak sudah mampu melompat dengan satu kaki, menangkap bola, serta menggambar

bentuk sederhana seperti lingkaran atau rumah. Kedua, perkembangan kognitif, yaitu kemampuan berpikir, memecahkan masalah, berimajinasi, dan berbahasa. Anak pada tahap ini mampu memahami instruksi sederhana, mengenal huruf, serta berimajinasi dalam bentuk gambar atau permainan simbolik (Papalia, 2021).

Ketiga, perkembangan sosial dan emosional, dimana anak mulai belajar berinteraksi dengan teman sebaya, mengenal perasaan, serta belajar mengendalikan emosi. Anak usia 5 tahun sering kali mengalami kecemasan saat menghadapi lingkungan baru, misalnya saat dirawat di rumah sakit, sehingga dukungan emosional dari keluarga dan tenaga kesehatan sangat penting. Keempat, perkembangan moral dan spiritual, yaitu pembentukan nilai, norma, dan perilaku moral. Anak mulai memahami konsep benar dan salah berdasarkan arahan orang tua maupun lingkungan sekitar (Soetjiningsih, 2016).

## **2.4 Konsep Terapi Menggambar**

### **2.4.1 Definisi Terapi Menggambar**

Terapi menggambar adalah bentuk terapi seni yang melibatkan penggunaan menggambar atau melukis sebagai media ekspresi diri untuk membantu individu mengatasi berbagai masalah psikologis, emosional, atau fisik. Terapi ini berfokus pada proses kreatif dan ekspresif, bukan hasil akhir dari karya seni. Tujuan utamanya adalah untuk membantu individu mengungkapkan perasaan dan emosi yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, serta memberikan saluran untuk meredakan stres, ansietas, atau nyeri.

Pada pasien dengan nyeri kronis atau pasca operasi, seperti nyeri post operasi hernia inguinalis lateralis, terapi menggambar dapat memberikan manfaat dalam mengurangi ansietas dan stres, meningkatkan relaksasi, dan membantu pasien untuk lebih mudah mengelola perasaan mereka. Melalui menggambar, pasien dapat memvisualisasikan dan menggambarkan nyeri mereka, yang dapat menjadi langkah penting dalam proses penyembuhan emosional dan fisik (Jawiah, 2022).

#### **2.4.2 Terapi Menggambar Sebagai Spesifikasi Terapi Anak**

Terapi menggambar merupakan salah satu bentuk dari terapi seni yang digunakan dalam pendekatan nonfarmakologis untuk membantu individu, terutama anak-anak, dalam mengekspresikan emosi, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kesejahteraan psikologis. Pada anak-anak, terapi menggambar digunakan sebagai sarana yang menyenangkan dan sesuai dengan tahap perkembangan untuk membantu mereka mengatasi stres, rasa takut, atau perasaan tidak nyaman akibat pengalaman medis seperti hospitalisasi maupun tindakan operasi.

Dalam konteks keperawatan anak, terapi menggambar termasuk ke dalam bentuk terapi bermain (*play therapy*). Terapi bermain sendiri merupakan pendekatan terapeutik yang dirancang untuk membantu anak mengeksplorasi kehidupan mereka, mengekspresikan perasaan, dan menghadapi tantangan emosional melalui aktivitas bermain yang terstruktur. Terapi bermain terbagi menjadi beberapa bentuk spesifik, antara lain terapi bermain bebas, terapi bermain medis, terapi bermain edukatif, dan terapi seni,

termasuk terapi menggambar. Dengan demikian, terapi menggambar merupakan salah satu spesifikasi dari terapi bermain yang menggunakan media visual seperti pensil warna, krayon, atau cat air untuk menyalurkan ekspresi anak secara kreatif dan terapeutik.

Menurut Wulandari & Hidayati (2023), terapi menggambar efektif digunakan untuk menurunkan tingkat kecemasan anak karena aktivitas ini memberi anak ruang untuk mengekspresikan perasaan mereka secara nonverbal. Melalui proses menggambar, anak tidak hanya teralihkan dari rasa takut terhadap prosedur medis, tetapi juga merasa lebih terkendali, didengar, dan dipahami oleh lingkungan sekitarnya. Terapi ini memberikan rasa aman, mengurangi ketegangan otot, serta memfasilitasi adaptasi anak terhadap pengalaman baru yang mungkin menimbulkan stres.

Terapi menggambar bekerja melalui beberapa jalur. Pertama, pengalihan atensi (*attention distraction*) terjadi saat anak fokus pada kegiatan menggambar, sehingga intensitas perhatian terhadap sumber kecemasan berkurang. Kedua, aktivitas motorik halus yang berulang saat menggambar membantu merilekskan sistem saraf otonom, yang berperan dalam reaksi *fight-or-flight* terhadap stres. Ketiga, dari sisi psikodinamik, gambar yang dihasilkan anak sering kali merepresentasikan konflik internal atau ketakutan tersembunyi. Ketika gambar tersebut dibagikan dan dibahas secara terapeutik, anak memperoleh validasi emosional, yang memperkuat rasa aman dan harga diri. Selain itu, melalui simbolisasi dalam gambar, anak dapat mengolah emosi yang kompleks secara tidak langsung, yang lebih sesuai

dengan perkembangan kognitif mereka dibanding komunikasi verbal abstrak (Jawiah, 2022).

Selain itu, terapi menggambar juga memberikan efek relaksasi dan perasaan senang, sehingga dapat meningkatkan mood anak dan menurunkan reaksi fisiologis akibat kecemasan seperti napas cepat, denyut jantung meningkat, serta gangguan tidur. Aktivitas ini juga dapat dilakukan secara individual maupun kelompok, dan pelaksanaannya tidak membutuhkan peralatan yang kompleks, sehingga mudah diimplementasikan oleh perawat di ruang rawat inap sebagai bagian dari asuhan keperawatan holistik.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terapi menggambar sebagai bagian dari terapi bermain berperan penting dalam menunjang pemulihan psikologis anak selama proses perawatan di rumah sakit, khususnya pada anak-anak post operasi seperti hernia inguinalis lateralis (HIL), yang rentan mengalami ansietas. Pendekatan ini tidak hanya bersifat menyenangkan, tetapi juga memiliki dasar ilmiah yang kuat dalam mendukung kesehatan mental anak selama masa hospitalisasi.

#### **2.4.3 Tujuan Terapi Menggambar**

Tujuan terapi menggambar adalah untuk membantu individu mengatasi masalah emosional, psikologis, atau fisik dengan menggunakan kegiatan menggambar atau melukis sebagai media ekspresi. Beberapa tujuan utama dari terapi menggambar meliputi (Ameliya, 2023):

1. Ekspresi Emosional

Terapi menggambar memberikan saluran bagi individu untuk mengungkapkan perasaan atau emosi yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, seperti ansietas, depresi, atau stres. Hal ini sangat bermanfaat bagi individu yang mengalami trauma atau kondisi emosional yang menekan.

2. Reduksi Stres dan Ansietas

Proses kreatif dalam menggambar dapat membantu individu meredakan ketegangan fisik dan mental, sehingga mengurangi tingkat ansietas, stres, dan ketegangan yang dirasakan. Aktivitas menggambar dapat menghasilkan efek relaksasi yang menenangkan.

3. Peningkatan Kesejahteraan Mental dan Emosional

Terapi menggambar dapat meningkatkan harga diri dan rasa percaya diri, karena proses kreatif memberi kesempatan pada individu untuk merasakan pencapaian atau kepuasan dari karya yang mereka buat.

4. Meningkatkan Pemahaman Diri

Melalui menggambar, individu dapat lebih memahami perasaan atau masalah yang mereka hadapi, serta menemukan cara untuk menghadapinya. Ini memberikan kesempatan untuk refleksi diri yang mendalam.

5. Meningkatkan Fokus dan Konsentrasi

Kegiatan menggambar melibatkan perhatian penuh pada proses kreatif, yang dapat membantu meningkatkan konsentrasi dan fokus, serta mengalihkan perhatian dari rasa sakit atau ketidaknyamanan.

6. Mengelola Nyeri



Dalam konteks nyeri fisik, seperti pada pasien pasca operasi, menggambar dapat membantu individu untuk mengalihkan perhatian dari rasa sakit dan memberikan rasa kontrol terhadap situasi mereka. Aktivitas ini dapat meredakan perasaan ansietas terkait dengan nyeri dan membantu dalam proses pemulihan emosional.

#### 7. Meningkatkan Komunikasi

Terapi menggambar dapat menjadi alat komunikasi yang efektif, terutama bagi individu yang kesulitan mengekspresikan diri secara verbal. Karya seni yang dihasilkan dapat digunakan sebagai sarana untuk berbicara tentang perasaan atau pengalaman yang sulit diungkapkan.

### 2.4.4 Prosedur Pemberian Terapi Menggambar

**Tabel 2.1 SOP Terapi Menggambar**

<b>STANDART OPERASIONAL PROSEDUR TERAPI MENGGAMBAR</b>	
<b>Pengertian</b>	Terapi menggambar adalah bentuk terapi seni yang melibatkan penggunaan menggambar atau melukis sebagai media ekspresi diri untuk membantu individu mengatasi berbagai masalah psikologis, emosional, atau fisik
<b>Tujuan</b>	Membantu pasien mengatasi masalah emosional, psikologis atau fisik dengan mengoptimalkan manfaat dari kegiatan menggambar sebagai media ekspresi diri
<b>Indikasi</b>	Klien yang mengalami nyeri post op HIL
<b>Kebijakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak boleh bertentangan dengan terapi dan perawatan</li> <li>2. Tidak membutuhkan banyak energi</li> <li>3. Harus mempertimbangkan keamanan anak</li> <li>4. Melibatkan orangtua</li> <li>5. Tenaga perawat dan ruang khusus bermain ada</li> <li>6. Peralatan berisiko kecil terhadap infeksi silang</li> <li>7. Pemisahan penyakit menular dan tidak menular</li> </ol>
<b>Peralatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buku gambar, pensil warna, crayon, pensil, spidol.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. area terapi bermain yang nyaman dan ramah anak.</li> <li>3. peralatan keamanan dan sterilisasi (jika diperlukan).</li> <li>4. Buku atau perangkat tambahan untuk panduan</li> </ol>
<b>Prosedur Kerja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Tahap pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Siapkan ruang terapi bermain yang nyaman dan ramah anak</li> <li>b. persiapkan semua peralatan</li> <li>c. pastikan klien didampingi terapis</li> <li>d. Komunikasikan kepada anak dan keluarganya tentang tujuan dan manfaat terapi untuk mengurangi nyeri akibat post op HIL</li> </ol> </li> <li><b>2. Tahap Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi salam dan sapa kepada klien.</li> <li>b. Ajak klien untuk merasa nyaman dan memberikan informasi tentang apa yang dapat klien harapkan.</li> <li>c. menanyakan ketersediaan dan kesiapan klien</li> </ol> </li> <li><b>3. Tahap Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membaca doa</li> <li>b. Persiapan alat seperti Buku gambar, pensil warna, crayon, pensil, spidol.</li> <li>c. Membagikan buku gambar, pensil warna, crayon, pensil dan spidol.</li> <li>d. Menjelaskan tema gambar yaitu menggambar yang terbebas dari kekerasan seperti tumbuhan dan hewan</li> <li>e. Setelah selesai menggambar terapis meminta klien untuk menjelaskan gambar dan makna gambar yang telah dibuat.</li> </ol> </li> <li><b>4. Tahap Terminasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan evaluasi tindakan</li> <li>b. Berpamitan dengan klien</li> <li>c. Membereskan alat</li> <li>d. Mencuci tangan</li> </ol> </li> </ol>

(Sari, 2023)

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi

kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya.

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, dan merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan. Beberapa hal yang perlu dikaji pada penderita hernia inguinalis adalah memiliki riwayat pekerjaan mengangkat beban berat, duduk yang terlalu lama, terdapat benjolan pada bagian yang sakit, kelemahan otot, nyeri tekan, klien merasa tidak nyaman karena nyeri pada perut.

### 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis yang muncul pada post op hernia inguinalis lateralis adalah (Tim Pokja SDKI SLKI SIKI DPP PPNI, 2017) :

1. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan restraint fisik

3. Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi dibuktikan dengan mengeluh nyeri
  4. Intoleransi aktivitas dengan kelemahan
  5. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
  6. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakedewasaan pertahanan tubuh primer
  7. Risiko cedera berhubungan dengan terpapar pathogen.
3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan atau intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI SLKI SIKI DPP PPNI, 2017). Rencana keperawatan pada pasien post operasi HIL adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan**

SDKI	SLKI	SIKI
Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Perilaku tegang menurun</li> </ol>	<b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk</li> </ol>

	4. Konsentrasi membaik	<p>menumbuhkan kepercayaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi ansietas, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu ansietas</li> <li>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> </ol>
--	---------------------------	---

		<ol style="list-style-type: none"> <li>Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>Latih Teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ol>
Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau</li> </ol>

		<p>Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Pengaturan posisi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p>
--	--	--



		1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan lelah menurun</li> <li>2. Saturasi oksigen dalam rentang normal (95%-100%)</li> <li>3. Frekuensi nadi dalam rentang normal (60-100 kali/menit)</li> <li>4. Dispnea saat beraktifitas dan setelah beraktifitas menurun (16-20 kali/menit)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kelelahan fisik</li> <li>2. Monitor pola dan jam tidur</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan latihan rentang gerak pasif/aktif</li> <li>2. Libatkan keluarga dalam melakukan aktifitas, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
Kerusakan integritas kulit/jaringan (D.0129)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas jaringan meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> </ol>	<p><b>Perawatan Integritas kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> <li>Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li> <li>Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</li> <li>Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</li> <li>Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>
Risiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Bengkak menurun</li> <li>Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak</li> </ol>

		<p>dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>Ajarkan etika batuk</li> <li>Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>
Risiko cedera (D.0136)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kejadian cedera menurun</li> <li>Luka/lecet menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku)</li> <li>Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan</li> <li>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko</li> <li>Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan)</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)</li> <li>5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar)</li> <li>6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman</li> <li>7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan</li> </ol>
--	--	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang telah dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan perawat dalam membantu pasien dari masalah status yang dialami menuju status kesehatan yang baik/optimal. Implementasi adalah tahapan pelaksanaan intervensi setelah perencanaan dirumuskan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan

keperawatan yang telah diberikan dan kemajuan pasien untuk pencapaian tujuan. Evaluasi terbagi menjadi dua yaitu :

1. Evaluasi formatif, adalah evaluasi yang digunakan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi dan dilakuakn secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
2. Evaluasi sumatif, adalah evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan, berorientasi pada masalah keperawatan dan menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP, S: Subjective yaitu keluhan dari pasien, O: Objective yaitu data yang diobservasi, A: Analisis yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P: Planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis