

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HERNIA INGUNALIS  
LATERALIS *POST OP* HERNIORAPHY DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG WIJAYA KUSUMA II  
RSUD CIAMIS TAHUN 2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**MUHAMMAD HASBI**

**AKX.15.062**



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

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Muhammad Hasbi  
NPM : AKX.15.062  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis

Menyatakan

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi.

Bandung, April 2018  
Yang Membuat Pernyataan



Muhammad Hasbi

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HERNIA INGUNALIS  
LATERALIS POST OP HERNIORAPHY DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG WIJAYA KUSUMA II  
RSUD CIAMIS**

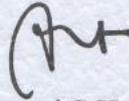
**MUHAMMAD HASBI**

**AKX.15.062**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL, 28 April 2018**

Oleh

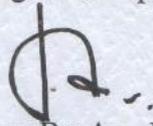
Pembimbing Ketua



Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep.

NIP: 1011603

Pembimbing Pendamping

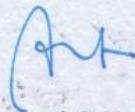


H. Rachwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes.

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua



Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep.

NIP: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN HERNIA INGUNALIS  
LATERALIS POST OP HERNIORAPHY DENGAN  
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG WIJAYA KUSUMA II  
RSUD CIAMIS**

Oleh  
**MUHAMMAD HASBI**  
AKX.15.062

Telah Diuji  
Pada Tanggal, 1 Mei 2018

Panitia Penguji

Ketua : Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep. (.....)

Anggota :

1. Sumbara, S.Kep., Ners., M.Kep (.....)

2. Hj. Sri Sulami., S.Kep., MM (.....)

3. H. Rahwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes. (.....)

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,

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

NIK: 10107064

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul : “ **Asuhan Keperawatan Pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis Tahun 2018** “.

Penulisan karya tulis ini tak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang penulis temui, namun berkat bimbingan dari dosen pembimbing serta do'a dan dukungan dari semua kalangan, karya tulis ini bisa diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Dalam kesempatan ini dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes., selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep. selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep. Selaku ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Hj. Tuti Suprapti S.Kp., M.Kep. selaku pembimbing utama yang telah memotivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. H. Rahwan Herawan, BscAn., Drs., M.Kes. selaku pembimbing pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Tating, S.Kep., Ners. Selaku CI Ruangn Wijaya Kusuma II.
8. Seluruh dosen, staf perpustakaan serta staf program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat
9. Kedua orang tua yang saya cintai Bapak Na'am dan Ibu Barlian yang telah melahirkan, membesarkan, mengasihi, mendidik dan mendoakan penulis. Untuk adik-adik saya, Ilham, Muhammad Ikhsan, Muhammad Asyaj serta seluruh keluarga yang setiap saat memberikan motivasi dan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.
10. Seluruh senior, teman-teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XI tahun 2015 dan adik-adik tingkat yang telah memberikan dukungan.
11. Mega Rosi Herdianti selaku perempuan yang selama tiga tahun kebelakang selalu mendampingi penulis baik saat suka maupun duka.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu

Semoga amal baik bapak/ibu/saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2018

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Hernioraphy adalah tindakan pembedahan pada kasus hernia. Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum). Masalah keperawatan yang biasanya timbul setelah dilakukannya tindakan pembedahan hernioraphy yakni nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, gangguan rasa nyaman, resiko perdarahan, dan adanya resiko infeksi **Metode :** Studi kasus ini adalah studi yang dilakukan pada dua orang klien untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis yang diberikan penanganan nyeri berupa teknik relaksasi genggam jari. **Hasil :** Nyeri Akut : setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 di hari ke-3 nyeri luka *Operasi*, nyeri bertambah apabila luka *Operasi* ditekan, Skala nyeri 1 (0-10), nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Sedangkan pada klien 2 di hari ke-3 nyeri luka *Operasi*, nyeri bertambah apabila banyak bergerak. Skala nyeri 1 (0-10), nyeri seperti disayat-sayat, nyeri dirasakan hilang timbul. **Diskusi :** Pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Hernioraphy, hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal meliputi arti nyeri, persepsi nyeri, toleransi nyeri, dan reaksi terhadap nyeri. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci : Hernioraphy, Nyeri Akut, Genggam Jari

Daftar pustaka : V BAB. Referensi : 13 Buku (2007-2016). Jurnal 1 (2011-2016), 2 Website

## ABSTRACT

**Background:** *Hernioraphy is a surgery procedure of hernia case. Start from tie the hernia's neck and hang it on conjoint tendons (thickening between the free m.obliquus intraabdominalis and m.transversus abdominis that insertion in tuberculum pubicum ). The nursing problems usually arising after the surgery procedure of hernioraphy are acute pain , the imbalance nutrients , a comfortable disorder , the risk bleeding , and the risk of infection* **Method:** *this case study is a study conducted in two people clients to explore the nursing care for client of hernioraphy with the issue of nursing acute pain in Wijaya Kusuma II room RSUD Ciamis that given the pain solution is the techniques of finger hold relaxation.* **Result:** *acute pain: through the care of nursing by giving nursing intervention, the nursing problem acute pain for client 1 on the third day is pain in Operation wound, pain increased when Operation wound pressed, Pain scale is 1 (0-10), the pain feels like stabbed, the pain feeling is lost and disappear. While client 2 on the third day is pain in Operation wound, pain increased when more movement, pain scale 1 (0-10), the pain feels like slashed, the pain feelings is lost and disappear.* **Discussion:** *Patient with nursing problem of acute pain is not always have same response of all hernioraphy clients, this things influenced by the meaning of pain, perception of pain, tolerance of pain, and reaction of pain. So nurse must do the comprehensive nursing care to solve the nursing problem of every patient.*

Keyword : *Hernioraphy, Acute Pain, Finger Hold*

Bibliography : *V Chapter. Reference : 13 Books (2007-2016). 1 Journal (2011-2016), 2 Website*

## **DAFTAR ISI**

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstract .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar lampiran .....	xv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xvi

## **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
1. Tujuan umum .....	5
2. Tujuan khusus .....	6
D. Manfaat .....	6
1. Manfaat teoritis .....	6
2. Manfaat praktis.....	7

## **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

<b>A. Konsep Penyakit</b> .....	8
1. Anatomi Sistem Pencernaan.....	8
2. Fisiologi Sistem Pencernaan .....	17
3. Definisi .....	19
4. Etiologi.....	20
5. Klasifikasi.....	21
6. Patofisiologi .....	23
7. Pathway .....	26
8. Manifestasi klinis .....	27
9. Komplikasi .....	27
10. Pemeriksaan Penunjang .....	28
11. Penatalaksanaan .....	28
<b>B. Konsep Nyeri</b> .....	30
1. Pengertian.....	30
2. Fisiologi.....	31
3. Klasifikasi.....	32
4. Stimulus.....	33
5. Faktor yang mempengaruhi.....	33
<b>C. Konsep asuhan keperawatan</b> .....	35
1. Pengkajian .....	35
2. Diagnosa keperawatan.....	38
3. Intervensi .....	39
4. Implementasi .....	43

5. Evaluasi .....	44
-------------------	----

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain penelitian .....	47
B. Batasan istilah .....	47
C. Responden penelitian .....	49
D. Lokasi Dan Waktu .....	49
E. Pengumpulan data.....	50
F. Uji keabsahan data .....	50
G. Analisa data.....	50
H. Etik penelitian .....	51

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

<b>A. Hasil.....</b>	<b>54</b>
1. Gambaran lokasi pengambilan data .....	54
2. Data asuhan keperawatan .....	55
a. Pengkajian .....	55
b. Diagnosa keperawatan .....	64
c. Intervensi .....	66
d. Implementasi .....	68
e. Evaluasi .....	73
<b>B. Pembahasan.....</b>	<b>75</b>
1. Pengkajian .....	75
2. Diagnosa Keperawatan .....	76
3. Intervensi .....	78
4. Implementasi .....	80

5. Evaluasi.....81

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

**A. Kesimpulan .....84**

1. Pengkajian .....84

2. Diagnosa Keperawatan .....85

3. Intervensi.....85

4. Implementasi.....86

5. Evaluasi.....86

**B. Saran .....87**

**DAFTAR PUSTAKA .....88**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian Usus Halus .....	13
Gambar 2.2 Jenis-jenis Hernia .....	19

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis .....	32
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	39
Tabel 4.1 Pengkajian.....	55
Tabel 4.2 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	56
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik Klien per Sistem .....	57
Tabel 4.4 Pemeriksaan Psikologi .....	60
Tabel 4.5 Hasil Laboratorium .....	61
Tabel 4.6 Program dan Rencana Pengobatan.....	61
Tabel 4.7 Analisa Data.....	62
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan .....	64
Tabel 4.9 Intervensi.....	66
Tabel 4.10 Implementasi.....	68
Tabel 4.11 Evaluasi.....	73
Tabel 4.12 Data Diagnosa Hambatan Mobilitas Fisik .....	78
Tabel 4.13 Data Diagnosa Defisit Perawatan Diri: Mandi/Kebersihan Diri .....	78
Tabel 4.14 Hasil Perubahan Nyeri Kedua Klien 3 Hari Perawatan .....	82

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Hernia</i> .....	26
---------------------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	Lembar Observasi
Lampiran IV	Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
Lampiran V	SOP (Standar Operasional Prosedur)
Lampiran VI	Margin
Lampiran VII	Leaflet
Lampiran VIII	Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan status perekonomian yang masih terbelah belum seimbang sehingga mengakibatkan masyarakat sulit mencari mata pencaharian yang akhirnya membawa masyarakat berusaha untuk bekerja keras memenuhi kebutuhan hidup hingga mereka lupa artinya kesehatan. Tanpa disadari salah satu bagian dari hal kesehatan yang sering diabaikan adalah pencernaan, dimana bukan hanya terpenuhi kebutuhan makanan saja akan tetapi yang juga harus diperhatikan adalah bagaimana proses metabolik berlangsung dengan baik. Jika proses ini mengalami perubahan, maka akan terjadi gangguan pencernaan yang salah satunya adalah hernia inguinalis.

Hernia inguinalis merupakan penonjolan yang keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus (Sjamsuhidayat, 2010).

Faktor risiko yang dapat menjadi etiologi hernia inguinalis yaitu peningkatan intra-abdomen (batuk kronis, konstipasi, ascites, angkat beban berat dan keganasan abdomen) dan kelemahan otot dinding perut (usia tua, kehamilan, prematuritas, pembedahan insisi yang mengakibatkan hernia insisional, *overweight* dan obesitas) (Sjamsuhidayat, 2010 dan Burney, 2012).

Menurut Mansjoer, A (2010) pada umumnya klien mengatakan turun berok, burut atau kelingsir atau mengatakan adanya benjolan di selangkangan/kemaluan. Benjolan tersebut bisa mengecil atau menghilang pada waktu tidur. Bila menangis, mengejan atau mengangkat benda berat atau bila posisi pasien berdiri dapat timbul kembali. Bila telah terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri.

Angka kejadian hernia inguinalis 10 kali lebih banyak daripada hernia femoralis dan keduanya mempunyai presentase sekitar 75-80 % dari seluruh jenis hernia, hernia insisional 10%, hernia ventralis 10%, hernia umbilikal 3%, dan hernia lainnya sekitar 3% (Sjamsuhidayat, 2010 dan Lavelle et al, 2002). Secara umum, kejadian hernia inguinalis lebih banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan. Angka perbandingan kejadian hernia inguinalis 13,9% pada laki-laki dan 2,1% pada perempuan (Ruhl, 2007).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Didapatkan data pada decade tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12.7%) dengan penyebaran yang paling banyak adalah daerah Negara-negara berkembang seperti Negara-negara Afrika, Asia tenggara termasuk Indonesia, selain itu Negara Uni emirat arab adalah Negara dengan jumlah penderita hernia terbesar di dunia sekitar 3.950 penderita tahun 2011.

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia di Indonesia periode Januari 2010 sampai dengan Februari 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan hernia inguinalis (DepKesRI, 2011).

Di Indonesia hernia menempati urutan ke delapan dengan jumlah lebih dari 200 ribu kasus. Untuk data di Jawa Barat, mayoritas penderita selama bulan Januari–Desember 2007 diperkirakan 1425 penderita. Peningkatan angka kejadian penyakit Hernia Inguinalis Lateralis di Indonesia khususnya Provinsi Jawa Barat bisa disebabkan karena ilmu pengetahuan dan teknologi yang semakin berkembang dengan pesat. Hal tersebut menuntut manusia untuk berusaha memenuhi kebutuhannya dengan usaha yang ekstra, tentu itu mempengaruhi pola hidup dan kesehatannya yang dapat menyebabkan kerja tubuh yang berat yang dapat menimbulkan kelelahan dan kelemahan dari berbagai organ tubuh. (Sugeng & Weni, 2010).

Hasil *Medical Record* RSUD Ciamis terhitung mulai bulan Januari sampai dengan Desember 2016 pasien hernia sebanyak 225 klien (23,3%) dan pada bulan Januari sampai dengan Oktober tahun 2017 sebanyak 135 pasien (24,9%) yang rata-rata usia di atas 20 tahun ke atas. Selama tahun 2016 hingga 2017 hernia menempati urutan pertama dalam 10 besar penyakit bedah di RSUD Ciamis.

Mansjoer, A (2010) menyebutkan salah satu penatalaksanaan yang dapat dilakukan yaitu tindakan *Operatif*. Tindakan *Operatif* yaitu dengan cara yang disebut *Hernioraphy*. *Hernioraphy* merupakan tindakan mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan menutup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan transversus internus dan muskulus ablikus internus abdominus ke ligamen inguinal.

Pasien yang mengalami tindakan *hernioraphy*, biasanya dipindahkan ke unit pemulihan untuk menstabilkan kondisi pasien sebelum pulang atau

sebelum dibawa ke ruang rawat inap. Pada ruang pemulihan, klien akan membutuhkan pemantauan ketat dan biasanya hal yang sering dikaji adalah tanda-tanda vital, status pernafasan, sirkulasi, tingkat kesadaran, kondisi luka, dan tingkat nyeri (Potter dan Perry, 2010).

Masalah keperawatan yang biasanya timbul setelah dilakukannya tindakan pembedahan hernioraphy yakni nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, gangguan rasa nyaman, resiko perdarahan, dan adanya resiko infeksi (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Nyeri adalah sensasi yang sangat tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Sedangkan menurut *The International for the Study of Pain (IASP)* nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya suatu kerusakan (Potter & Perry, 2010).

Seorang individu dapat berespons secara biologis dan perilaku akibat nyeri yang dapat menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi keadaan umum, respon wajah dan perubahan tanda-tanda vital, sedangkan respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress sehingga mengurangi sistem imun dalam peradangan dan menghambat penyembuhan (Potter & Perry, 2010).

Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri. Sedangkan secara non farmakologis salah satunya

dapat dilakukan dengan cara relaksasi (Potter & Perry, 2010). Pada kedua klien penulis menggunakan teknik penanganan nyeri non farmakologi yaitu relaksasi genggam jari.

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis Tahun 2018”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka diangkat rumusan masalah. “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penulisan penelitian ini adalah sebagai berikut :

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.
- f. Melakukan pendokumentasian keperawatan pada klien Hernia Inguinalis Lateralis *Post Op* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri Akut.

## D. Manfaat

### 1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan tentang *Post Op* Hernioraphy.

## 2. Praktis

### a. Bagi Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi dalam perawatan klien *Post Op* Hernioraphy.

### b. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sumber pustaka dalam penatalaksanaan klien *Post Op* Hernioraphy di Rumah Sakit.

### c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah sumber pustaka dan juga dijadikan sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun lahan praktik.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Penyakit

##### 1. Anatomi Sistem Pencernaan

Berikut ini adalah anatomi system pencernaan menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010) :

##### a. Mulut

Mulut adalah rongga lonjong pada permulaan saluran pencernaan. Terdiri atas dua bagian. Bagian luar yang sempit, atau vestibula, yaitu ruang diantara gusi serta gigi dengan bibir dan pipi, dan bagian dalam, yaitu rongga mulut yang dibatasi di sisi-sisinya oleh tulang maksilaris dan semua gigi, dan di sebelah bersambung dengan awal faring. Atap mulut dibentuk oleh palatum, lidah terletak di bawahnya dan terikat pada tulang hyoid. Di garis tengah sebuah lipatan membran mukosa (frenulum linguae) menyambung lidah dengan dasar mulut. Di kedua sisi terletak papila sublingualis, yang memuat lubang kelenjar ludah submandibularis. Sedikit eksternal dari papila ini terletak lipatan sublingualis, tempat lubang-lubang halus kelenjar ludah sublingualis bermuara.

Palatum (langit-langit) terdiri atas dua bagian, yaitu palatum keras yang tersusun atas tajuk-tajuk palatum dari sebelah depan tulang maksilaris, dan lebih ke belakang terdiri atas dua tulang palatum. Di belakang ini terletak palatum lunak, yang merupakan lipatan menggantung yang dapat bergerak dan yang terdiri atas jaringan fibrus

dan selaput lendir. Gerakannya dikendalikan ototnya sendiri. Di tengah palatum lunak menggantung keluar sebuah prosesus berbentuk kerucut, yaitu uvula. Dari sini tiang-tiang lengkungan (fauses) melengkung ke bawah, ke samping kiri dan kanan, dan diantara tiang-tiang ini terdapat lipatan rangkap otot dan selaput lendir yang di sebelah kanan dan kiri memuat tonsil.

#### b. Lidah

Lidah merupakan suatu organ yang tersusun atas otot-otot lurik. Membran mukosa melapisi permukaannya. Permukaan lidah terasa kasar karena mengandung bintik-bintik di dalam membran mukosa yang disebut papila. Tunas kecap ditemukan pada papila dan respon mengisap meningkat dengan adanya rasa bahan yang manis. Lidah menempati kavum oris dan melekat secara langsung pada epiglottis dalam faring.

Lidah merupakan indera perasa yang mempunyai sensasi rasa dapat dibagi menjadi empat pengecapan dasar, yaitu manis, asam, pahit serta asin. Senyawa pahit dikecap pada bagian dorsal lidah, asam disepanjang tepi, manis diujung, dan asin pada bagian dorsal di anterior. Senyawa asam dan pahit juga dikecap pada palatum bersama sejumlah sensitivitas bagi rasa manis dan asin. Keempat sensasi tersebut dapat di indera faring dan epiglottis.

#### c. Gigi

Gigi merupakan struktur keras yang menyerupai tulang. Sebuah gigi mempunyai mahkota, leher dan akar. Mahkota gigi menjulang di

atas gigi, lehernya dikelilingi gusi, dan akarnya berada di bawahnya. Gigi dibuat dari bahan yang sangat keras, yaitu dentin. Di dalam pusat strukturnya terdapat rongga pulpa. Pulpa gigi berisi sel jaringan ikat, pembuluh darah dan serabut saraf. Bagian gigi yang menjulang di atas gusi ditutupi email, yang jauh lebih keras daripada dentin

Terdapat dua kelompok gigi, yaitu gigi sementara atau gigi sulung dan gigi tetap. Terdapat dua puluh gigi sulung, sepuluh pada setiap rahang. Dari tengah kedua sisi berturut-turut dinamai: dua insisivus atau gigi seri, satu kanina atau gigi taring, dan dua molar atau geraham. Gigi tetap lebih banyak yaitu tiga puluh dua, enam belas pada setiap rahang. Dari tengah ke samping berturut-turut disebut: dua insisivus, satu taring, dua premolar (geraham depan), dan tiga molar (geraham belakang).

Menguyah ialah menggigit dan menggiling makanan di antara gigi atas dan bawah. Gerakan lidah dan pipi membantu memindahkan makanan lunak ke palatum keras dan ke gigi-gigi.

#### d. Faring

Faring atau tekak terletak di belakang hidung, mulut, dari laring (tenggorakan). Faring adalah saluran berbentuk kerucut dari bahan membrane berotot (muskulo membranosa) dengan bagian terlebar di sebelah atas dan berjalan dari dasar tengkorak sampai di ketinggian vertebra servikal keenam, yaitu ketinggian tulang rawan krikoid, tempat faring bersambung dengan esofagus. Panjang faring kira-kira tujuh sentimeter dan dibagi atas tiga bagian:

1) Nasofaring

Terletak di belakang hidung. Di dinding pada daerah ini terdapat lubang saluran Eustakhius. Kelenjar-kelenjar adenoid terdapat pada nasofaring.

2) Faring oralis

Terletak di belakang mulut. Kedua tonsil ada di dinding lateral daerah faring ini.

3) Faring laringeal

ialah bagian terendah yang terletak di belakang laring.

Dinding faring tersusun atas tiga lapisan, yaitu lapisan mukosa, lapisan fibrosa, dan lapisan berotot. Lapisan mukosa yang terletak paling dalam, bersambung dengan lapisan dalam hidung, mulut dan saluran Eustakhius. Lapisan fibrosanya terletak antara lapisan mukosa dan lapisan berotot. Otot utama pada faring ialah otot konstriktor, yang berkonstraksi sewaktu makanan masuk ke faring dan mendorongnya ke dalam esofagus.

e. Esofagus

Esofagus adalah sebuah tabung berotot yang panjangnya dua puluh sampai lima sentimeter, di atas dimulai dari faring sampai pintu masuk kardiak lambung di bawah. Terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung. Setelah melalui toraks, menembus diafragma, masuk ke dalam abdomen, dan menyambung dengan lambung.

Esofagus berdinding empat lapis. Di sebelah luar terdiri atas lapisan jaringan ikat yang renggang, sebuah lapisan otot yang terdiri

atas dua lapis serabut otot, yang satu berjalan longitudinal dan yang lain sirkular. Sebuah lapisan submukosa dan di paling dalam terdapat selaput lendir (mukosa).

f. Lambung

Lambung adalah bagian dari saluran pencernaan yang dapat mekar paling banyak. Terletak terutama di daerah epigastrik, dan sebagian sebelah kiri daerah hipokondriak dan umbilical. Lambung terdiri dari bagian atas yaitu fundus, batang utama, dan bagian bawah yang horizontal, yaitu antrum pilorik. Lambung berhubungan dengan esophagus melalui orifisium atau kardia, dan dengan duodenum melalui orisium pilorik. Lambung terletak di bawah diafragma, di depan pankreas. Dan limpa menempel pada sebelah kiri fundus.

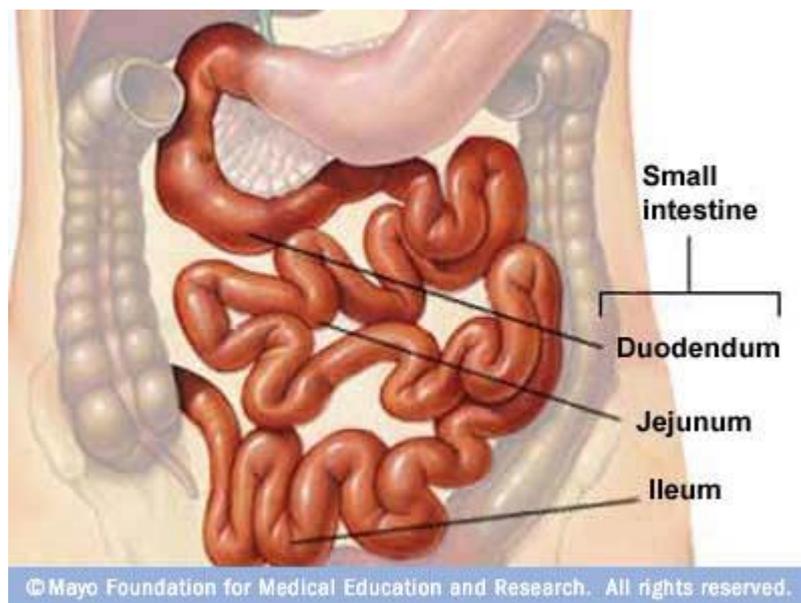
Lambung terdiri atas empat lapisan. Lapisan peritoneal luar yang merupakan lapisan serosa. Lapisan berotot yang terdiri dari tiga lapis, (a) serabut longitudinal, yang tidak dalam dan bersambung dengan otot esophagus, (b) serabut sirkuler yang paling tebal dan terletak di pilorus serta membentuk otot sfingter, dan berada di bawah lapisan pertama, dan (c) serabut oblik yang terutama dijumpai pada fundus lambung dan berjalan dari orifisium kardiak, kemudian membelok ke bawah melalui kurvatura minor (lengkungan kecil).

Lapisan submukosa yang terdiri atas jaringan areolar berisi pembuluh darah dan saluran limfe. Lapisan mukosa yang terletak di sebelah dalam, tebal, dan terdiri dari banyak kerutan atau rugae, yang hilang bila organ itu mengembang karena berisi makanan. Membran

mukosa dilapisi epitelium silindris dan berisi banyak saluran limfe. Semua sel-sel itu mengeluarkan sekret mukus. Permukaan mukosa ini dilintasi saluran-saluran kecil dari kelenjar-kelenjar lambung.

g. Usus Halus

Usus halus adalah tabung yang kira-kira sekitar dua setengah meter panjangnya dalam keadaan hidup. Angka yang biasa diberikan, enam meter adalah penemuan setelah mati bila otot kehilangan tonusnya. Usus halus memanjang dari lambung, sampai katup ileo-kolika, tempat bersambung dengan usus besar.



**Gambar 2.1 Bagian Usus Halus (Sodikin, 2011)**

Usus halus terletak di daerah umbilikus dan dikelilingi usus besar. Dibagi dalam beberapa bagian. Duodenum adalah bagian pertama usus halus yang 25 cm panjangnya, berbentuk sepatu kuda dan kepalanya mengelilingi kepala pankreas. Saluran empedu dan saluran pankreas masuk ke dalam duodenum pada suatu lubang yang disebut ampula hepatopankretika, atau ampula Vateri, sepuluh sentimeter dari

pilorus. Jejunum menempati dua perlima sebelah atas dari usus halus yang selebihnya. Bagian jejunum memiliki panjang kurang lebih 1 – 1,5 m. Ileum menempati tiga perlima akhir. Ileum merentang sampai menyatu dengan usus besar dengan panjang 2-2,5 meter. Lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaran lipatan mesenterium. Ujung bawah ileum berhubungan dengan sekum dengan perantaran lubang yang bernama orifisium ileoseikalis, orifisium ini diperkuat oleh spinter, ileoseikalis dan pada bagian ini terdapat katup seikalis atau vulvula kini yang berfungsi untuk mencegah cairan dalam kolon ascendens tidak masuk kembali ke ileum.

Dinding usus halus terdiri atas keempat lapisan yang sama dengan lambung. Dinding lapisan luar adalah membran serosa, yaitu peritoneum yang membalut usus dengan erat. Dinding lapisan berotot terdiri atas dua lapis serabut saja; lapisan luar terdiri atas serabut longitudinal, dan di bawah ini ada lapisan tebal terdiri atas serabut sirkular. Diantara kedua lapisan serabut berotot ini terdapat pembuluh darah, pembuluh linfe, dan pleksus saraf. Dinding submukosa terdapat antara otot sirkular dan lapisan yang terdalam merupakan perbatasannya. Dinding submukosa ini terdiri atas jaringan areolar dan berisi banyak pembuluh darah, saluran limfe, dan kelenjar dan pleksus saraf yang disebut pleksus Meissner. Di dalam duodenum terdapat beberapa kelenjar khas yang dikenal sebagai kelenjar Brunner. Kelenjar-kelenjar ini adalah jenis kelenjar tandan yang mengeluarkan sekret cairan kental alkali yang bekerja untuk melindungi lapisan

duodenum dari pengaruh isi lambung yang asam. Dinding mukosa dalam yang menyelaputi sebelah dalamnya disusun berupa kerutan tetap seperti jala, yang disebut *valvulae conniventes*, yang memberi kesan anyaman halus. Lipatan ini menambah luasnya permukaan sekresi dan absorpsi.

#### h. Usus besar

Usus besar atau kolon yang kira-kira satu setengah meter panjangnya adalah sambungan dari usus halus dan mulai di katup ileokolik atau ileosekal, yaitu tempat sisa makanan lewat. Refleks gastrokolik ketika makanan masuk lambung dan menimbulkan peristaltik di dalam usus besar. Refleks ini menyebabkan defekasi atau pembuangan air besar.

Kolon mulai sebagai kantong yang mekar dan terdapat apendiks vermiformis atau umbai cacing. Apendiks juga terdiri atas keempat lapisan dinding yang sama seperti usus lainnya, hanya lapisan submukosanya berisi sejumlah besar jaringan limfe, yang dianggap mempunyai fungsi serupa dengan tonsil. Sebagian terletak di bawah sekum dan sebagian di belakang sekum atau disebut retrosekum.

Kolon terdiri atas keempat lapisan dinding yang sama seperti usus halus. Serabut longitudinal pada dinding berotot tersusun dalam tiga jalur yang berupa kerutan-kerutan dan berlubang-lubang. Dinding mukosa lebih halus daripada yang ada pada usus halus, dan tidak memiliki vili. Di dalamnya terdapat kelenjar serupa kelenjar tubuler

dalam usus halus dan dilapisi epitelium silinder yang memuat sel cangkir.

Kolon naik melalui daerah sebelah kanan lumbal disebut kolon ascendens. Di bawah hati berbelok pada tempat yang disebut fleksura hepatica, lalu berjalan melalui tepi daerah epigastrik dan umbilical sebagai kolon transversus. Di bawah limpa membelok sebagai fleksura sinistra atau fleksura lienalis dan kemudian berjalan melalui daerah kanan lumbal sebagai kolon descendens. Di daerah kanan iliaka terdapat belokan yang disebut fleksura sigmoid dan dibentuk kolon sigmoideus atau kolon pelvis, dan kemudian masuk pelvis besar dan menjadi rectum.

i. Rektum

Rektum sepuluh sentimeter terbawah dari usus besar, dimulai pada kolon sigmoideus dan berakhir pada saluran anal yang kira-kira 3 cm panjangnya. Saluran ini berakhir ke dalam anus yang dijaga otot internal dan eksternal,

Struktur rektum serupa dengan yang pada kolon, tetapi dinding yang berotot lebih tebal dan membran mukosanya yang memuat lipatan-lipatan membujur yang disebut kolumna Morgagni. Semua ini menyambung ke dalam saluran anus. Di dalam saluran anus ini serabut otot sirkular menebal membentuk otot sfingter anus interna. Sel-sel yang melapisi saluran anus berubah sifatnya; epitelium bergaris menggantikan sel-sel silinder. Sfingter eksterna menjaga saluran anus dan orifisium supaya tertutup.

## 2. Fisiologi Pencernaan

Proses pengunyahan (mastikasi) merupakan proses memecah partikel makanan yang besar, dimana makanan akan dipotong, dihancurkan oleh gigi, dan dilembabkan oleh saliva. Selanjutnya makanan tersebut akan membentuk bolus dimana massa terlapisi salivasi. Partikel makanan yang besar dapat dicerna, akan tetapi hal ini menyebabkan kontraksi kuat dan sering kali proses ini menyebabkan nyeri pada otot esofagus (Sodikin, 2011 : 23).

Aktivitas mulut terdiri atas mengisap, menggigit dan menelan. Mulut bayi mampu membentuk segel di sekeliling puting susu atau dot, pada bayi muda, lidah berposisi kuat dengan palatum, jadi anak hanya dapat bernafas melalui hidung.

Fisiologi saluran pencernaan terdiri atas rangkaian proses memakan (ingesti) dan sekresi getah pencernaan ke sistem pencernaan. Getah pencernaan membantu pencernaan atau digesti makanan, hasil pencernaan akan diserap ke dalam tubuh berupa zat gizi. Proses sekresi, digesti, dan absorpsi terjadi secara berkesinambungan pada saluran pencernaan, mulai dari atas yaitu mulut sampai ke rectum. Secara bertahap, massa hasil campuran makanan dan getah pencernaan (bolus) yang telah dicerna, didorong (digerakkan) ke arah anus (motilitas). Sisa massa yang tidak di absorpsi dikeluarkan melalui anus (defekasi) berupa feses. Proses perkembangan saluran pencernaan dimulai semenjak dalam kandungan, proses fisiologis saluran pencernaan ini berkembang secara bertahap (Sodikin, 2011 : 24).

Proses ingesti secara otonom diatur oleh pusat saraf di batang otak, akan tetapi untuk jumlah makanan yang dimakan dipengaruhi oleh rasa haus serta rasa lapar sebagai lawan dari rasa kenyang. Pusat rasa haus serta lapar terletak pada bagian lateral hipotalamus, sedangkan pusat kenyang berada pada bagian ventromedial hipotalamus. Rangsangan haus didasarkan pada perubahan konsentrasi elektrolit darah, sedangkan rasa kenyang ataupun lapar dipengaruhi oleh berbagai mekanisme. Mekanisme utamanya adalah gabungan dari volume bolus dalam lambung dan jenis makanan yang di makan. Setelah seseorang beberapa kali memakan makanan tertentu berdasarkan rangsangan taktil dan rasa pada mulut, pegangan pada dinding lambung menyesuaikan dengan volume bolus serta kecukupan zat gizi yang dihasilkan makanan ini, lalu tubuh membentuk semacam termostat seberapa banyak makanan tertentu untuk pertama kalinya, termostat belum terbentuk, dan keadaan ini perlu dibentuk karena merupakan aspek yang penting dalam memberikan makanan sapihan pada bayi.

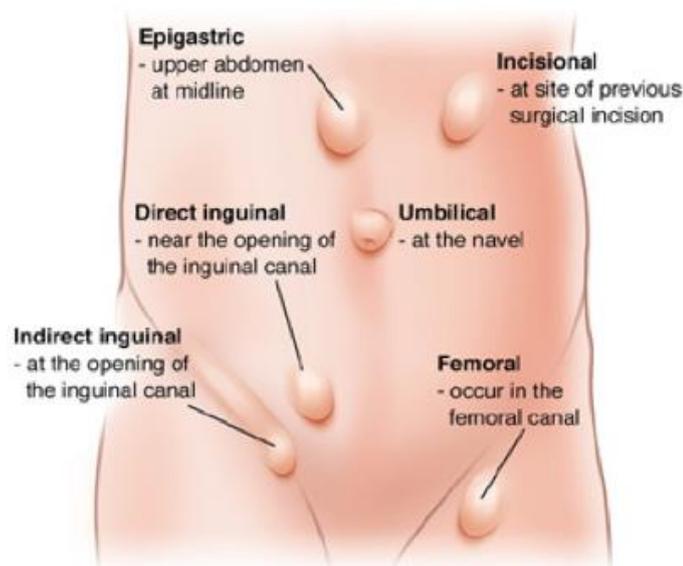
Sewaktu lambung kosong, terjadi kontraksi yang lebih iritasi yang dapat disertai rasa perih di area epigastrium. Secara umum orang yang lapar akan menjadi gelisah, tegang, disertai perasaan melayang, namun sebaliknya, orang yang merasa kenyang akan disertai dengan santai, lega, serta timbul rasa mengantuk. Adanya keadaan pengosongan dari lambung bukanlah satu-satunya stimulus terhadap timbulnya rasa lapa, karena seseorang yang telah menjalani gastrektomi juga bisa mengalami rasa lapar. Hal lain yang dapat menstimulus timbulnya rasa lapar adalah kadar

glukosa serta asam amino darah, selain itu asam kadar lemak bebas juga merupakan stimulus lapar. Para ahli bahkan mengatakan bahwa rasa lapar merupakan faktor penting yang dihubungkan dengan jumlah jaringan lemak tubuh.

### 3. Definisi

Menurut Mutakin (2011), hernia adalah penonjolan sebuah organ, jaringan atau struktur melewati dinding rongga yang secara normal memang berisi bagian-bagian tersebut.

Hernia inguinalis merupakan penonjolan yang keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus (Sjamsuhidayat, 2010).



**Gambar 2.2 Jenis-jenis Hernia (Nuraarif & Kusuma, 2015)**

#### 4. Etiologi

- a. Lemahnya dinding rongga perut. Dapat ada sejak lahir atau didapat kemudian dalam hidup.
- b. Akibat dari pembedahan sebelumnya.
- c. Kongenital
  - 1) Hernia kongenital sempurna Bayi sudah menderita hernia karena adanya efek pada tempat-tempat tertentu.
  - 2) Hernia kongenital tidak sempurna Bayi dilahirkan normal (kelainan belum tampak) tapi dia mempunyai defek pada tempat-tempat tertentu (predisposisi) dan beberapa bulan (0-1 tahun) setelah lahir akan terjadi hernia melalui defek tersebut karena dipengaruhi oleh kenaikan tekanan intraabdominal (mengejan, batuk, menangis).
- d. Aquisal adalah hernia yang bukan disebabkan karena adanya defek bawaan tetapi disebabkan oleh faktor lain yang dialami manusia selama hidupnya, antara lain:
  - 1) Tekanan intraabdominal yang tinggi. Banyak dialami oleh pasien yang sering mengejan yang saat BAB maupun BAK.
  - 2) Konstitusi tubuh. Orang kurus biasanya terkena hernia jaringan ikatnya yang sedikit. Sedangkan pada orang gemuk juga dapat terkena hernia karena banyaknya jaringan lemak pada tubuhnya yang menambah beban kerja jaringan ikat penyokong pada LMR.
  - 3) Banyaknya preperitoneal fat banyak terjadi pada orang gemuk.

- 4) Distensi dinding abdomen karena peningkatan tekanan intraabdominal.
- 5) Sikatrik
- 6) Penyakit yang melemahkan dinding perut.
- 7) Merokok.
- 8) Diabetes mellitus

(Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010)

## 5. Klasifikasi

Menurut Syamsuhidjayat (2010) klasifikasi hernia adalah sebagai berikut:

### a. Macam-macam hernia menurut terlihat atau tidaknya

#### 1) Hernia internal

Tonjolan usus tanpa kantong hernia melalui lubang dalam rongga perut (tidak terlihat dari luar).

#### 2) Hernia eksternal

Tonjolan menonjol keluar dari rongga abdomen melalui dinding abdomen (terlihat dari luar).

### b. Macam-macam hernia menurut penyebab

#### 1) Hernia kongenital

Hernia yang disebabkan karena kelemahan dinding otot abdomen yang bersumber dari lahir atau bawaan.

2) Hernia traumatik atau didapat

Hernia yang disebabkan karena dinding abdomen lemah akibat sayatan atau pembedahan sebelumnya, seperti *post* laparotomi dan prostatektomi.

c. Macam-macam hernia menurut sifatnya

1) Hernia responsibilis

Bila isi hernia dapat keluar masuk usus keluar jika berdiri atau mengejan dan masuk lagi jika berbaring atau duduk masuk tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.

2) Hernia irresponsibilis

Bila isi hernia berada di dalam kantong hernia dan terjepit cincin sehingga tidak dapat masuk kembali ke dalam rongga abdomen.

3) Hernia incarserata atau strangula

Bila isi hernia berada di dalam kantong hernia dan terjepit cincin hernia sehingga tidak dapat masuk kembali ke dalam rongga abdomen, dapat disertai gangrene pasase akibat peredaran darah terganggu.

d. Macam-macam hernia menurut lokasinya

1) Hernia Opigastrika

Hernia yang keluar defek di linea alba umbilikus dan procesus xipoides.

2) Hernia umbilikalisis

Hernia yang keluar melalui umbilikus akibat peningkatan tekanan intraabdomen.

### 3) Hernia inguinalis

Penonjolan organ intraabdomen melalui lubang amulus inguinalis, karena bagian lemah dari dinding rongga abdomen yang terjadi karena didapat atau juga kongenital.

### 4) Hernia skrotalis

Hernia inguinalis lateralis yang mencapai skrotum.

### 5) Hernia femoralis

Batang usus masuk melalui cincin femoral ke dalam kanalis femoralis.

## 6. Patofisiologi

Kanalis inguinalis dalam kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 dari kehamilan, terjadinya desensus testikulorum melalui kanal tersebut. Penurunan testis itu akan menarik peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonea. Bila bayi lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi, sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup, karena testis yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka. Dalam keadaan normal, kanal yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka sebagian, maka akan timbul hidrokel. Bila kanal terbuka terus, karena prosesus tidak berobliterasi maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital.

Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan locus minoris resistance, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominalis meningkat seperti batuk-batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat barang-barang berat, mengejan. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut.

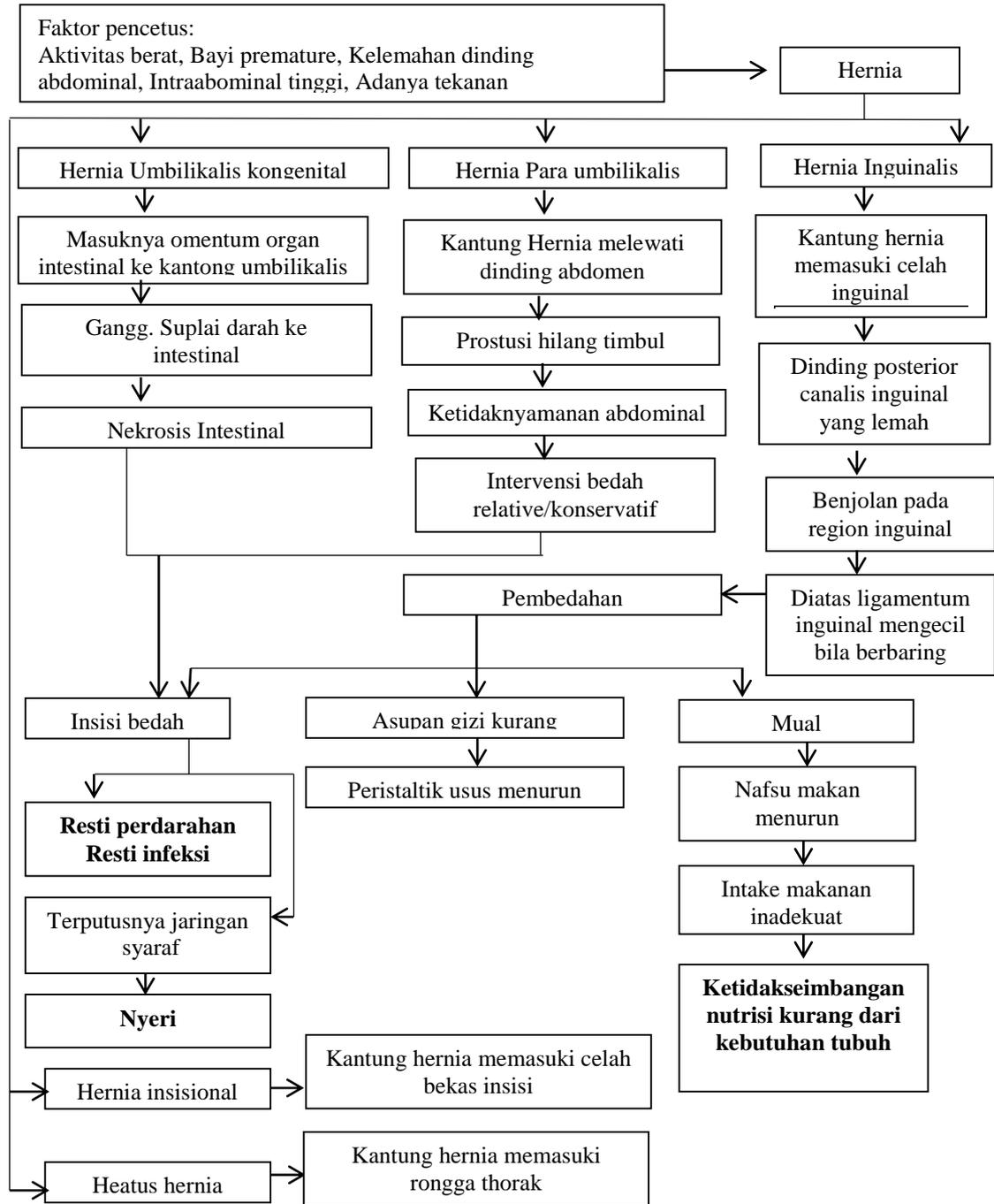
Akhirnya menekan dinding rongga yang telah melemas akibat trauma, hipertropi prostat, asites, kehamilan, obesitas dan kelainan kongenital dan dapat terjadi pada semua. Pria lebih banyak dari wanita, karena adanya perbedaan proses perkembangan alat reproduksi pria dan wanita semasa janin. Potensial komplikasi terjadi perlengketan antara isi hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan gangguan penyaluran isi usus. Timbulnya edema bila terjadi obstruksi usus yang kemudian menekan pembuluh darah dan kemudian terjadi nekrosis.

Bila terjadi penyumbatan dan perdarahan akan timbul perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarserata dibiarkan, maka lama kelamaan akan timbul edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi

nekrosis. Juga dapat terjadi bukan karena terjepit melainkan ususnya terputar. Bila isi perut terjepit dapat terjadi shock, demam, asidosis metabolik, abses. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi (lubangnyanya) usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel atau peritonitis (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010).

7. Pathway

**Bagan 2.1 Pathway Hernia (Nuraarif & Kusuma, 2010)**



Masalah keperawatan yang dapat muncul berdasarkan pathway diatas adalah resti perdarahan, resti infeksi, nyeri, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

## 8. Manifestasi Klinis

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri di daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi hernia inguinalis stragulata 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 menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

(Jitowiyono & Kristiyanasari, 2010)

## 9. Komplikasi

1. Terjadi perlengketan antara isi hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Keadaan ini disebut hernia inguinalis irreponibilis. Pada keadaan ini belum ada gangguan penyaluran isi usus. Isi hernia yang tersering menyebabkan keadaan irreponibilis adalah omentum, karena mudah melekat pada dinding hernia dan isinya dapat menjadi lebih besar karena infiltrasi lemak. Usus besar lebih sering menyebabkan irreponibilis daripada usus halus.

2. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia akibat makin banyaknya usus yang masuk. Keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus diikuti dengan gangguan vaskuler (proses strangulasi). Keadaan ini disebut hernia inguinalis strangulata. Pada keadaan strangulata akan timbul gejala illeus, yaitu perut kembung, muntah dan obstipasi. Pada strangulasi nyeri yang timbul lebih hebat dan kontinyu, daerah benjolan menjadi merah dan pasien menjadi gelisah (Syamsuhidayat, 2010).

#### 8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit.

(Nurarif dan Kusuma, 2015)

#### 9. Penatalaksanaan

Menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) penanganan hernia ada dua macam:

##### a. Konservatif (Townsend CM)

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

### 1) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonii dan abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara menggunakan dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.

### 2) Suntikan

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

### 3) Sabuk Hernia

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

## b. Operatif

Operasi hernia dilakukan dalam tiga tahap:

### 1) Herniotomy

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

### 2) Hernioraphy

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

### 3) Hernioplasty

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

Operasi hernia pada anak dilakukan tanpa hernioplasty, dibagi menjadi dua yaitu:

- a) Anak berumur kurang dari 1 tahun: menggunakan teknik Michele Benc
- b) Anak berumur lebih dari 1 tahun: menggunakan teknik POTT

## **B. Konsep Nyeri**

### 1. Pengertian

Nyeri merupakan kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala maupun tingkatannya, dan orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Nyeri adalah suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak sehingga individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Uliyah dan Hidayat, 2009).

## 2. Fisiologi Nyeri

Uliyah dan Hidayat, (2009) menyebutkan bahwa munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit mielin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat dapat memberikan respon karena adanya stimulasi / rangsangan.

Stimulasi yang diterima reseptor ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (delta) yang bermielin rapat dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen yang masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn*. *Dorsal horn* tersebut terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga membentuk substansia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal ascendens yang paling utama, yaitu *spinothalamic tract* (STT) atau jalur *spinothalamus* dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi mengenai sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur Opiate dan jalur nonOpiatet. Jalur *Opiate* ditandai oleh pertemuan reseptor oleh otak yang terdiri dari jalur spinal descendens dari thalamus, yang melalui otak tengah

dan medulla, ke tanduk dorsal sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi nociceptor yang di transmisikan oleh serabut A.

### 3. Klasifikasi

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomatis. Table berikut ini menunjukkan pembagian nyeri ke dalam beberapa kategori ditinjau dari sifat terjadinya, diantaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

**Tabel 2.1 Perbedaan nyeri akut dan kronis (Uliyah dan Hidayat, 2009)**

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, atau terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan, sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya,

Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan). Pola respons yang bervariasi, sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus sehingga dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

#### 4. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*).

Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri (Uliyah dan Hidayat, 2009), di antaranya:

- a. Trauma pada jaringan tubuh. Misalnya karena bedah, akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- b. Gangguan pada jaringan tubuh. Misalnya karena edema, akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c. Tumor, dapat juga menekan reseptor nyeri.
- d. Iskemia pada jaringan. Misalnya terjadi blokade pada arteria koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

#### 5. Faktor yang Mempengaruhi

Menurut (Uliyah dan Hidayat, 2009) Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah:

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi individu banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri tersebut merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial kultural, lingkungan, dan pengalaman.

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian sangat subjektif, tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif secara kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan adanya intensitas nyeri yang dapat memengaruhi seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti: arti nyeri, tingkat persepsi

nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, takut, cemas, usia, dan lain-lain.

e. Hasil Penelitian Jurnal Terkait Relaksasi Genggam Jari

Kedua responden *post Operasi Hernioraphy* diberikan terapi Relaksasi Genggam Jari selama 10 menit, dapat dilakukan 3 kali sehari, dan mendapat hasil yang efektif. Begitupun hasil penelitian yang dilakukan oleh Gunawan Widjono Adi, Atiek Murharyati, Yunita Wulandari dengan judul “*Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia*”, memberikan kesimpulan bahwa menurunkan intensitas nyeri dengan memberikan teknik relaksasi genggam jari pada klien dengan *Post Operasi Hernioraphy* adalah efektif.

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian

Adapun pengkajian menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) sebagai berikut:

a. Data Subjektif

1) Sebelum *Operasi*

a) Keluhan

Adanya benjolan di selangkangan atau kemaluan. Nyeri di daerah benjolan meski jarang dijumpai kalau ada biasanya dirasakan di daerah epigastrium atau daerah paraumbilikal berupa nyeri viseral karena regangan pada mesenterium

sewaktu segmen usus halus masuk ke dalam kantong hernia. Nyeri yang disertai mual-muntah, kembung.

Konstipasi. Bayi menangis terus. Pada saat bayi menangis atau mengejan dan batuk-batuk kuat timbul benjolan. Pada hernia strangulata suhu badan dapat meninggi atau normal.

b) Riwayat penyakit sekarang

Merasa ada benjolan di skrotum atau kadang-kadang mengecil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat benda berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai mual-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis metabolik, abses, fistel, peritonitis.

c) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat batuk kronis dan tumor intraabdominal, bedah abdominal.

d) Riwayat psikososial

Klien merasa terganggu dengan adanya penyakit, klien tidak dapat beraktivitas dengan bebas.

2) Sesudah Operasi

a) Keluhan

Nyeri di daerah operasi, lemas, pusing, mual, dan kembung.

b. Data objektif

1) Inspeksi

Hernia reponsibel terdapat benjolan di lipat paha yang muncul pada waktu berdiri, batuk, bersin atau mengedan dan menghilang setelah berbaring.

Hernia inguinalis lateralis : muncul benjolan di region inguinalis yang berjalan dari lateral ke medial, tonjolan berbentuk lonjong.

Medialis : tonjolan biasanya terjadi bilateral, berbentuk bulat. Hernia skrotalis : benjolan yang terlihat sampai skrotum yang merupakan tonjolan lanjutan dari hernia inguinalis lateralis. Hernia femoralis : benjolan di bawah ligamentum inguinal. Hernia epigastrika : benjolan di linea alba. Hernia umbilikal : benjolan di umbilikal. Hernia perineum : benjolan di perineum.

2) Palpasi

Caranya : trik tengah antar SIAS dengan tuberkulum pubicum (AIL) ditekan lalu pasien disuruh mengejan. Jika terjadi penonjolan di sebelah medial maka dapat diasumsikan bahwa itu hernia inguinalis medialis. Titik yang terletak di sebelah lateral tuberkulum pubikum (AIL) ditekan lalu pasien disuruh mengejan jika terlihat benjolan di lateral titik yang kita tekan maka dapat diasumsikan bahwa itu hernia inguinalis lateralis.

### 3) Perkusi

Bila didapatkan perkusi perut kembung maka harus dipikirkan kemungkinan hernia strangulata. Hipertimpani terdengar pekak.

### 4) Auskultasi

Hiperperistaltik didapatkan pada auskultasi abdomen pada hernia yang mengalami obstruksi usus (hernia inckarserata)

### 5) Colok dubur

Tonjolan hernia yang nyeri yang merupakan Howship-romberg (hernia obturatoria)

### 6) Pemeriksaan test diagnostik

Rontgent, USG

### 7) Tanda-tanda vital

Temperatur meningkat, pernafasan meningkat, nadi meningkat,  
tekanan darah meningkat.

### 8) Hasil laboratorium

Leukosit  $> 10.000 - 18.000 / \text{mm}^3$  . Serum elektrolit meningkat.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian. Secara garis besar, diagnosa keperawatan yang

sering timbul pada pasien Post Operasi Hernia Inguinalis menurut (Nurarif dan Kusuma, 2015) :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- b) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.
- c) Gangguan rasa nyaman.
- d) Resiko perdarahan.
- e) Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi.

### 3. Intervensi

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan (Nurarif dan Kusuma, 2015)**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pain level</li> <li>b. Pain control</li> <li>c. Comfort level</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> <li>e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan</li> <li>i. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non</li> </ol>

			farmakologi dan interpersonal)
			k. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
			l. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi
			m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
			n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
			o. Tingkatkan istirahat
			p. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
			q. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri
			<b>Analgesic Administration</b>
			a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
			b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
			c. Cek riwayat alergi
			d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu
			e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
			f. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
			g. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal
			h. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
			i. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
			j. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
			k. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala
2.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
		a. Nutritional Status	<b>Nutrition Management</b>
		b. Nutritional Status: food & fluid intake	a. Kaji adanya alergi makanan
		c. Nutritional Status: Nutrient intake	b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
		d. Weight control	c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
		<b>Kriteria Hasil</b>	d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
		a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	e. Berikan substansi gula
		b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	f. Yakinkan diet yang dimakan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
		c. Mampu mengidentifikasi	g. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan

		kebutuhan nutrisi	ahli gizi)
		d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	h. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
		e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan	i. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
		f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	j. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
			k. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
			<b>Nutrition Monitoring</b>
			a. BB pasien dalam batas normal
			b. Monitor adanya penurunan berat badan
			c. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
			d. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan
			e. Monitor lingkungan selama makan
			f. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
			g. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
			h. Monitor turgor kulit
			i. Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah
			j. Monitor mual & muntah
			k. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
			l. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
			m. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva
			n. Monitor kalori dan intake nutrisi
			o. Catat adanya oedema hiperemik, hipertonnik papilla lidah dan cavitas oral
			p. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlets
3.	Gangguan rasa nyaman	<b>NOC</b> 1. Anxiety 2. Fear level 3. Sleep deprivation 4. Comfort, Readines of enchanted <b>Kriteria Hasil</b> a. Mampu mengontrol kecemasan b. Status lingkungan yang nyaman c. Mengontrol nyeri d. Kualitas tidur dan istirahat adekuat e. Angresi pengendalian diri f. Respon terhadap	<b>NIC</b> <b>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</b> a. Gunakan pendekatan yang menenangkan b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien c. Jelaskan semua prosedur dan apa yang di rasakan selama prsedur d. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress e. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut f. Dorong keluarga untuk menemani anak g. Lakukan back/neck rub h. Dengarkan dengan penuh perhatian

		<p>pengamatan</p> <p>g. Control gejala</p> <p>h. Status kenyamanan akibat</p> <p>i. Keinginan untuk hidup</p>	<p>i. Identifikasi tingkat kecemasan</p> <p>j. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</p> <p>k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>l. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p> <p>m. Berikan obat yang mengurangi kecemasan</p>
4.	Resiko perdarahan	<p><b>NOC</b></p> <p>a. Blood lose severity</p> <p>b. Blood koagulation</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <p>a. Tidak ada hematuria dan hematemesis</p> <p>b. Kehilangan darah yang terlihat</p> <p>c. Tekanandarah dalam batas normal sistol dan diastol</p> <p>d. Tidak ada perdarahan pervagina</p> <p>e. Tidak ada distensi abdominal</p> <p>f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</p>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Bleding precaution</b></p> <p>a. Monitor ketet tanda tanda perdarahan</p> <p>b. Catat nilai hb dan ht sebelum dan sesudah perdarahan</p> <p>c. Monitor TTV ortostatik</p> <p>d. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif</p> <p>e. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresfrozen plasma)</p> <p>f. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</p> <p>g. Hindari mengukur suhu lewat rectal</p> <p>h. Hindari pemberian aspirin dan antikoagulan</p> <p>i. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin k</p> <p>j. Indentifikasi penyebab perdarahan</p> <p>k. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonari kapileri, atau arteri wedge preasure</p> <p>l. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output</p> <p>m. Pertahankan potensi IV line</p> <p>n. Lakukan preasure dressing (perban yang menekan area luka).</p> <p>o. Tinggikan ekstremitas perdarahan</p> <p>p. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan.</p> <p>q. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas.</p> <p><b>Bleeding reduction:</b></p> <p><b>gastrointestinal</b></p> <p>a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feses, urine, residu lambung, dan drainase luka</p> <p>b. Monitor komplit blood count dan leukosit</p> <p>c. Kolaborasi dalam pemberian terapi: lactulose dan vasopressin</p>

			d. Hindari penggunaan anticoagulant. e. Perhatikan jalan napas, Berikan cairan intravena Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen
5.	Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi.	<b>NOC</b> a. Immune status b. Knowledge: infection control c. Risk control <b>Kriteria Hasil:</b> a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi d. Jumlah leukosit dalam batas normal e. Menunjukkan perilaku hidup sehat	<b>NIC</b> <b>Kontrol infeksi</b> a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien b. Pertahankan tehnik isolasi c. Batasi pengunjung bila perlu d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung e. Gunakan antiseptik untuk cuci tangan f. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan g. Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung h. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum. j. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing. k. Tingkatkan intake nutrisi l. Berikan terapi antibiotik bila perlu <b>Infection Protection (Proteksi terhadap Infeksi)</b> m. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal n. Monitor hitung granulosit, WBC o. Saring pengunjung terhadap penyakit menular p. Pertahankan teknik aseptik pada klien yang beresiko q. Pertahankan teknik isolasi r. Berikan perawatan kulit pada area epidema

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah :

- a. Mempertahankan daya tahan tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan sistem tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter (Setiadi, 2012)

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

- 1) Keterampilan kognitif.
- 2) Keterampilan interpersonal.
- 3) Keterampilan psikomotor.

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen *SOAP/SOAPIE/SOAPIER*. Pengertian *SOAPIER* adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif.

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif.

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis.

Interpretasi dari data subjektif atau objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif.

d. P : Planning.

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

e. I : Implementasi.

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

f. E : Evaluasi.

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : Reassessment.

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.