

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
*HERNIORAPHY* DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA III  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Oleh:**

**Melinda Siringo Ringo**

**NIM: AKX.16.066**



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

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Melinda Siringo Ringo  
NIM : AKX.16.066  
Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti  
Kencana Bandung  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi  
*Hernioraphy* Dengan Nyeri Akut di Ruang  
Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah  
Ciamis.

Menyatakan dengan benar bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 15 Mei 2019

Yang Membuat Pernyataan



Melinda Siringo Ringo

AKX.16.066

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

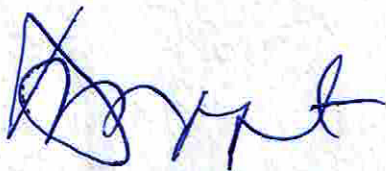
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN  
WIJAYA KUSUMA III RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH CIAMIS**

**OLEH  
MELINDA SIRINGO RINGO  
AKX.16.066**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji  
Tanggal 15 Mei 2019

**Menyetujui**

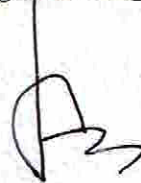
**Pembimbing Utama**



**Agus MD, S.Pd, S.Kep., Ners., M.Kes**

**NIK : 10105036**

**Pembimbing Pendamping**



**Drs. Rachwan Herawan BScAn**

**NIK : 10115175**

**Mengetahui**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti S.Kp., Ners., M.Kep**

**NIK : 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

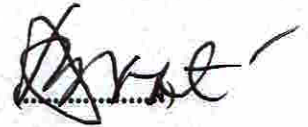
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA III  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
CIAMIS**

**OLEH  
MELINDA SIRINGO RINGO  
AKX.16.066**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 15 Mei 2019

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Agus MD, S.Pd, S.Kep., Ners., M.Kes  
(Pembimbing Utama)**



**Anggota:**

**1. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep (Penguji I)**



**2. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep (Penguji II)**



**3. Drs.Rachwan Herawan Bsc.,An (Pembimbing Pendamping)**



Mengetahui,  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua

**R. Siti Jundiah, S.Kep.,M.Kep  
NIK : 10107064**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan sebaik-baiknya. Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *HERNIORAPHY* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS”, terutama kepada :

1. H. Mulayana SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. R. Siti Jundiah S.Kp.,M.kep, selaku Ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti S.Kp.,Ners.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. Agus MD,S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku pembimbing pertama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Drs. Rachwan Herawan Bsc.,An, selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Aceng Solahudin Ahmad,M.Kes, Selaku Direktur Utama RSUD Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Ratna Suminar S.kep.,Ners selaku CI ruangan Wijaya Kusuma III yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Ayahanda Lekdin Siringo Ringo dan Ibunda Renti Sinaga, serta Desrinawati Siringo Ringo, Fitriani Siringo Ringo, Osliner Siringo Ringo selaku kakak dan Marianan Siringo Ringo selaku adik, Serli Reda dan Nona Nestri selaku sahabat terima kasih atas doa yang tiada henti, serta motivasi yang sangat positif sehingga penulis merasa mendapat kekuatan untuk menjalani segala hal, termasuk dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman seperjuangan anestesi angkatan XII yang selalu memberi semangat dan tawa canda.

Semoga Tuhan senantiasa membalas seluruh jasa baik, cinta kasih dan ketulusan bapak/ ibu/ saudara berikan kepada penulis. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung , 15 Mei 2019

PENULIS



## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Didapatkan data pada penderita post operasi hernioraphy mencapai 50%. Adapun di Indonesia diperkirakan 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan hernia inguinalis, termasuk berjumlah 230 orang 5,59% (DepKes RI, 2011). Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping setelah menjalani suatu operasi. Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan). Dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. **Metode:** Adapun studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada 2 klien hernia inguinalis lateral post operasi hernioraphy dengan nyeri akut di ruangan Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis. **Hasil:** Nyeri akut: setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam selama 2 x 24 jam, masalah nyeri akut pada kasus 1 dapat teratasi pada hari ke 2 dan pada kasus 2 masalah nyeri akut pada hari ke 2 juga dapat teratasi. **Diskusi:** Klien dengan masalah nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap post operasi hernioraphy hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien. **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi pada klien yang mengalami nyeri akut terutama pada post operasi hernioraphy.

Kata kunci: Hernia Inguinalis Lateral, Nyeri Akut, Teknik Distraksi dan Relaksasi Nafas Dalam, Asuhan Keperawatan.

Daftar pustaka: 10 Buku (2009-2018), 3 Jurnal (2012-2018), 2 Website.

## ABSTRACT

**Background:** Data obtained in patients with post operative hernioraphy reached 50% (Depkes, 2015). As for Indonesia, it is estimated that in 2011 there were 1,243 who suffered from inguinal hernia, including 230 people 5.59% (Indonesian Ministry of Health, 2011). A hernia is a protrusion or protrusion of the contents of a cavity through a defect or a weak part of the wall of the cavity concerned. The hernia consists of rings, pockets and contents of the hernia. The pain felt by the patient is a side effect after undergoing an operation. Acute pain is caused by activation of the nociceptors, usually lasting for a short time (less than 6 months). And has a sudden onset, such as incisional pain after surgery. **Method:** The case study is a study to explore the problem of nursing care in 2 hernioraphy postoperative lateral inguinal hernia clients with acute pain in the Wijaya Kusuma III Hospital Ciamis room. **Results:** Acute pain: after nursing care by providing deep breath distraction and relaxation techniques for 2 x 24 hours, the problem of acute pain in case 1 can be resolved on day 2 and in case 2 the problem of acute pain on day 2 can also be overcome. **Discussion:** Clients with acute pain problems do not always have the same response to each post hernioraphy, this is affected by the condition or health status of the previous client. So nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems in each patient. **Suggestion:** The author recommends to the Hospital so that deep breath distraction and relaxation techniques can be used as one of the interventions for clients who experience acute pain, especially in post hernioraphy surgery.

Keywords: Lateral Inguinal Hernia, Acute Pain, Distraction Technique and Deep Breath Relaxation, Nursing Care.

Bibliography: 10 Books (2009-2018), 3 Journals (2012-2018), 2 Websites.

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstract .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Bagan .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Khusus .....	4
1.3.2 Tujuan Umum .....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Teoritis .....	5
1.4.2 Praktis .....	6



## **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Konsep Penyakit .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi .....	8
2.1.3 Etiologi .....	10
2.1.4 Klasifikasi .....	11
2.1.5 Patofisiologi .....	12
2.1.6 Pathway HIL .....	14
2.1.7 Penatalaksanaan .....	15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	16
2.2 Konsep Nyeri .....	17
2.3 Teknik Distraksi dan Relaksasi Nafas Dalam .....	19
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
2.4.1 Pengkajian .....	21
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	22
2.4.3 Intervensi Keperawatan .....	22
2.4.4 Implementasi .....	33
2.4.5 Evaluasi .....	34

## **BAB III METODE PENULISAN KTI**

3.1 Desain .....	35
3.2 Batasan Istilah .....	36
3.3 Unit Analisis .....	37
3.4 Lokasi dan Waktu .....	37
3.5 Pengumpulan Data .....	37

3.6 Uji Keabsahan Data.....	39
3.7 Analisa Data .....	40
3.8 Etik Penulisan KTI .....	43

## **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 HASIL .....	46
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	46
4.1.2 Asuhan Keperawatan .....	47
1 Pengkajian .....	47
2 Diagnosis .....	59
3 Perencanaan .....	62
4 Pelaksanaan .....	63
5 Evaluasi .....	65
4.2 PEMBAHASAN .....	66
4.2.1 Pengkajian .....	67
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	68
4.2.3 Intervensi Keperawatan .....	69
4.2.4 Implementasi Keperawatan .....	70
4.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	71

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 KESIMPULAN .....	74
5.2 SARAN .....	78

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Sistem Pencernaan .....	8
------------	---------------------------------	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Keperawatan.....	30
Tabel 4.1	Identitas Klien .....	46
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit .....	48
Tabel 4.3	perubahan Aktivitas Sehari-hari.....	49
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik .....	54
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologis .....	55
Tabel 4.6	Pemeriksaan Penunjang .....	56
Tabel 4.7	Pengobatan dan Penatalaksanaan.....	56
Tabel 4.8.1	Analisa Data Klien 1 .....	58
Tabel 4.8.2	Analisa Data Klien 2 .....	58
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan .....	60
Tabel 4.10.1	Intervensi Keperawatan Klien 1 .....	62
Tabel 4.10.1	Intervensi Keperawatan klien 2.....	62
Tabel 4.11	Implementasi Keperawatan.....	62
Tabel 4.11	Evaluasi Keperawatan.....	65

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi .....	17
-------------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Bimbingan
Lampiran II	Lembar Justifikasi
Lampiran III	Jurnal I
Lampiran IV	Jurnal II
Lampiran V	Review Artikel
Lampiran VI	Persetujuan Responden
Lampiran VII	Lembar Observasi
Lampiran VIII	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran IX	Leaflet Hernia Inguinalis Lateral
Lampiran X	Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
BAB	: <i>Buang Air Besar</i>
BAK	: <i>Buang Air Kecil</i>
BB	: <i>Berat Badan</i>
BTKTP	: <i>Bubur Tinggi Kalori Tinggi Protein</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CT Scan	: <i>Computerized Tomography Scan</i>
Dkk	: <i>Dan Kawan-kawan</i>
ECG	: <i>Electrocardiograph</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
EMV	: <i>Eye Motorik Verbal</i>
JVP	: <i>Jugularis Vena Pressure</i>
Gr	: <i>Gram</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HIL	: <i>Hernia Inguinalis Lateral</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HT	: <i>Hematokrit</i>
IPPA	: <i>Inspeksi Palpasi Perkusi Auskultasi</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
Kg	: <i>Kilogram</i>
Mg	: <i>Miligram</i>



Mm	: <i>Milimeter</i>
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri (Hydrargyrum)</i>
ml	: <i>Mililiter</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
POD	: <i>Post Operasi Day</i>
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RDA	: <i>Rencana Aksi Daerah</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
SOAP	: <i>Subjektif Objektif Assesment Plan</i>
TB	: <i>Tinggi Badan</i>
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
TD	: <i>Tekanan Darah</i>
TTV	: <i>Tanda-Tanda Vital</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
THT	: <i>Telinga Hidung Tenggorokan</i>
Tts/m	: <i>Tetes per menit</i>
WBC	: <i>White Blood Cell</i>
WHO	: <i>World Health Organiation</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan diselangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya turun bero atau hernia. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, anda mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Hernia Inguinalis Lateral merupakan salah satu kasus di bagian bedah yang sering menimbulkan masalah kesehatan dan memerlukan tindakan operasi. Hasil penelitian pada populasi hernia ditemukan sekitar 10% yang menimbulkan masalah kesehatan dan pada umumnya pada pria. Hernia inguinalis lateralis merupakan hernia yang paling sering ditemukan yaitu sekitar 50%, sedangkan hernia ingunal medialis 25% dan hernia femoralis sekitar 15%. Populasi dewasa dari 15% yang menderita hernia inguinal, 5-8% pada rentang usia 25-40 tahun dan mencapai 45% pada usia 75 tahun. Hernia inguinalis dijumpai 25 kali lebih banyak pada laki-laki dibanding perempuan (Depkes, 2015).

Menurut laporan di Amerika Serikat, insiden kumulatif hernia inguinalis di rumah sakit adalah 3,9% untuk laki-laki dan 2,1% untuk perempuan. Insiden hernia lebih rendah pada pasien obesitas (BMI > 30), dibandingkan dengan perbandingan 8,3% dan 15,6%. Di Indonesia penyakit hernia menempati urutan ke delapan dengan jumlah 291.145 kasus (Kemenkes RI, 2012).

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 negara termasuk Indonesia, selain itu Negara Uni emirat arab adalah Negara dengan jumlah penderita hernia terbesar di dunia sekitar 3.950 penderita pada tahun 2011 (WHO, 2013).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD Ciamis periode Januari 2018 sampai Desember 2018 didapatkan 10 besar penyakit di ruang rawat bedah Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis, menunjukkan bahwa urutan pertama adalah Hernia Inguinalis Lateral dengan jumlah 112 kasus 25,92%, Tumor jaringan lunak dengan jumlah 95 kasus 21,99%, Ulkus DM dengan jumlah 76 kasus 17,59%, Apendik Kronik dengan jumlah 31 kasus 7,40%, Haemoroid dengan jumlah 26 kasus (6,01%), Tumor Mamae dengan jumlah 22 kasus (5,09%), Apendik Akut dengan jumlah 21 kasus 4,86%, Collelithiasis dengan jumlah 17 kasus 3,93%, BPH dengan jumlah 17 kasus 3,93%, urutan

terakhir SNNT dengan jumlah 15 kasus 3,47% (*Medical Record* RSUD Ciamis periode Januari-Desember, 2018).

Angka kejadian Hernia Inguinalis Lateral berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekam medis RSUD Ciamis pada Januari 2018 sampai Desember 2018 terdapat 112 kasus. Jumlah ini menempati urutan pertama dengan jumlah 112 kasus dengan prosentase 25,92% dari 10 penyakit bedah terbanyak di ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis.

Tindakan pembedahan yang dilakukan pada kasus hernia inguinalis lateral dengan operasi hernioraphy mengakibatkan berbagai masalah keperawatan, diantaranya : nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi, gangguan integritas kulit, kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan defisit perawatan diri. ditimbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri akut. Nyeri dapat memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembalinya aktifitas klien maka tindakan yang dilakukan pada post operasi hernioraphy ada dua cara yaitu farmakologis dan nonfarmakologis. Nonfarmakologis untuk mengatasi masalah keperawatan pasien (Nurarif dan Kusuma).

Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Operasi *Hernioraphy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis Tahun 2019”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien Post Operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis tahun 2019?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penulis dapat merumuskan tujuan penulisan karya tulis ini dengan mengemukakan tujuan umum dan tujuan khusus yaitu :

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Dalam penulisan karya ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan :

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan gangguan sistem pencernaan : Post Operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.

1.3.2.2 Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan gangguan sistem pencernaan : Post Operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.

- 1.3.2.3 Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan gangguan sistem pencernaan : Post Operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.
- 1.3.2.4 Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan gangguan sistem pencernaan : Post operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.
- 1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan gangguan sistem pencernaan : Post Operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruangannya Wijaya Kusuma III Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

Melalui penelitian ini di harapkan dapat diperoleh manfaat sebagai berikut:

##### **1.4.1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan pengetahuan wawasan tentang teknik relaksasi nafas dalam dengan asuhan keperawatan pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut untuk mahasiswa, perawat, institusi, dan rumah sakit.

### 1.4.2. Manfaat Praktis

1) Bagi Perawat

Hasil karya tulis ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan klien post operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut.

2) Rumah sakit

Dapat memberikan standar operasional presedur kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada klien post operasi *Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di RSUD Ciamis.

3) Bagi Institusi Pendidikan

Untuk referensi agar dapat di gunakan sebagai bahan perbandingan dalam pelaksanaan penelitian selanjutnya dan sebagai sumber bacaan tentang penanganan nyeri pada klien post operasi *Hernioraphy* yang dapat menunjang dalam kegiatan perkuliahan.

4) Bagi klien

Penulis berharap dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan khususnya bagi klien untuk mengetahui cara penanganan nyeri selain dengan farmakologi dapat juga dilakukan non farmakologi yaitu misalnya teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam jika terasa nyeri pada post operasi *Hernioraphy*.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP HERNIA INGUINALIS LATERAL**

##### **2.1.1 Definisi**

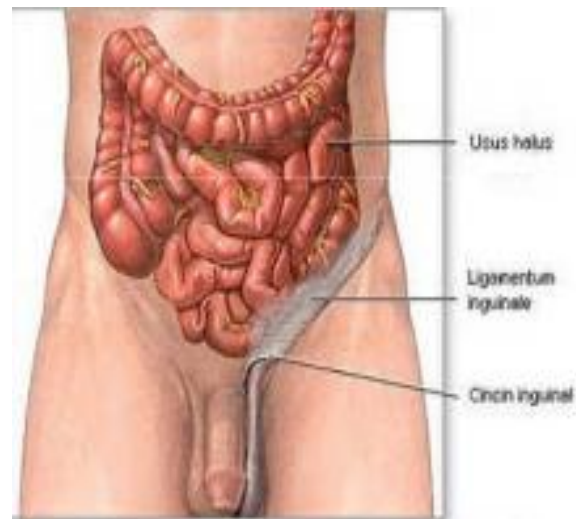
Hernia inguinalis lateral adalah menonjolnya massa dalam perut dari rongga yang normal melalui defek pada fascia dan muskulo aponeurotik dinding abdomen baik secara kongenital atau didapat. Lubang tersebut dapat muncul dikarenakan lubang embrional yang tidak dapat tertutup atau melebar serta diakibatkan tekanan pada rongga abdomen yang tinggi. Hernia ada 3 bagian yaitu, kantong hernia, isi hernia, dan cincin hernia (Tanto, 2014).

Hernia inguinalis lateralis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan diselangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya turun bero atau hernia. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, anda mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Nurarif dan Kusuma, 2015).

## 2.1.1 Anatomi Fisiologi Hernia Inguinalis Lateral

### 1. Anatomi Hernia Inguinalis Lateral

**Gambar 2.1**  
**Anatomi Hernia Inguinalis Lateral**



(Sumber : Martini, 2011)

Kanal is inguinalis dibatasi dikranio lateral oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari *fasia transversalis* dan *aponeurosis muskulo transversus abdominis*. Di medial bawah, diatas tuberkulum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis muskulo-oblikus eksternus. Atapnya adalah *aponeurosis muskulo oblikus eksternus*, dan di dasarnya terdapat ligamentum inguinal. Kanal berisi tali sperma pada lelaki, dan *ligamentum rotundum* pada perempuan. Hernia inguinalis indirek, disebut juga hernia inguinalis lateralis, karena keluar dari peritonium melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk ke dalam kanal is inguinalis dan jika cukup

panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai ke skrotum, ini disebut hernia skrotalis (Sjamsuhidayat, 2014).

## 2. Fisiologi Hernia Inguinalis Lateral

- a. *Krista illika* berfungsi sebagai penopang seikum dan sebelah depan menyentuh kolon desenden.
- b. *Mukulus obliques externus abdominus* fungsinya adalah mengencangkan dan melindungi organ intra abdomen.
- c. Saluran inguinalis atau lingkaran inguinalis berfungsi sebagai tempat berjalan tali mani (*funukulus spermatikus*) pada pria dan ligamen bundar dari uterus pada wanita dan juga beberapa urat saraf dan pembuluh darah.
- d. Linea alba atau garis putih berfungsi memisahkan otot relatus abdominus.
- e. Tembuk lubang dalam atau internal berfungsi sebagai tempat pada fosia otot tranfersal dimana tali mani masuk melintasi salura inguinal, tembuk lubang tepi atau external adalah tempat di dalam abdominal oblik external dimana tali mani muncul atau turun ke lipat paha atau masuk skrotum.
- f. Vena safena magna yang panjang fungsinya untuk mengalirkan darah kotor dari seluruh tubuh ke jantung.

Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis

tersebut akan menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonei.

Pada bayi yang sudah lahir, umumnya proses ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut namun dalam beberapa hal, sering kali kanalis ini tidak menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan (Mansjoer, 2012).

### 2.1.3 Etiologi

Menurut Dermawan & Rahayuningsih 2010, beberapa hal yang dapat mengakibatkan hernia inguinalis lateral, yaitu:

- 1) Kelemahan abdomen
- 2) Peningkatan tekanan intra abdomen
- 3) Bawaan sejak lahir
- 4) Kebiasaan mengangkat beban yang berat (*heavy lifting*)
- 5) Kegemukan (*marked obesity*)
- 6) Batuk
- 7) Terlalu mengejan saat buang air kecil/besar
- 8) Ada cairan di rongga perut (*ascites*)
- 9) Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
- 10) Riwayat keluarga ada yang menderita hernia.

#### 2.1.4 Klasifikasi

Menurut Syamsuhidjayat dan Jong 2004, klasifikasi hernia adalah sebagai berikut :

1. Macam-macam hernia menurut terlihat atau tidaknya

a. Hernia internal

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

b. Hernia eksternal

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

2. Macam-macam hernia menurut penyebabnya

a. Hernia kongenital

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

b. Hernia traumatik atau didapat

Hernia yang disebabkan karena adanya trauma seperti peningkatan tekanan intra abdominal (batuk kronis, sering mengejan dan mengangkat benda berat).

c. Hernia insisional

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

### 3. Macam-macam hernia menurut sifatnya

#### a. Hernia responibleis

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.

#### b. Hernia Irreponibilis

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

#### c. Hernia incarserata atau strangula

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

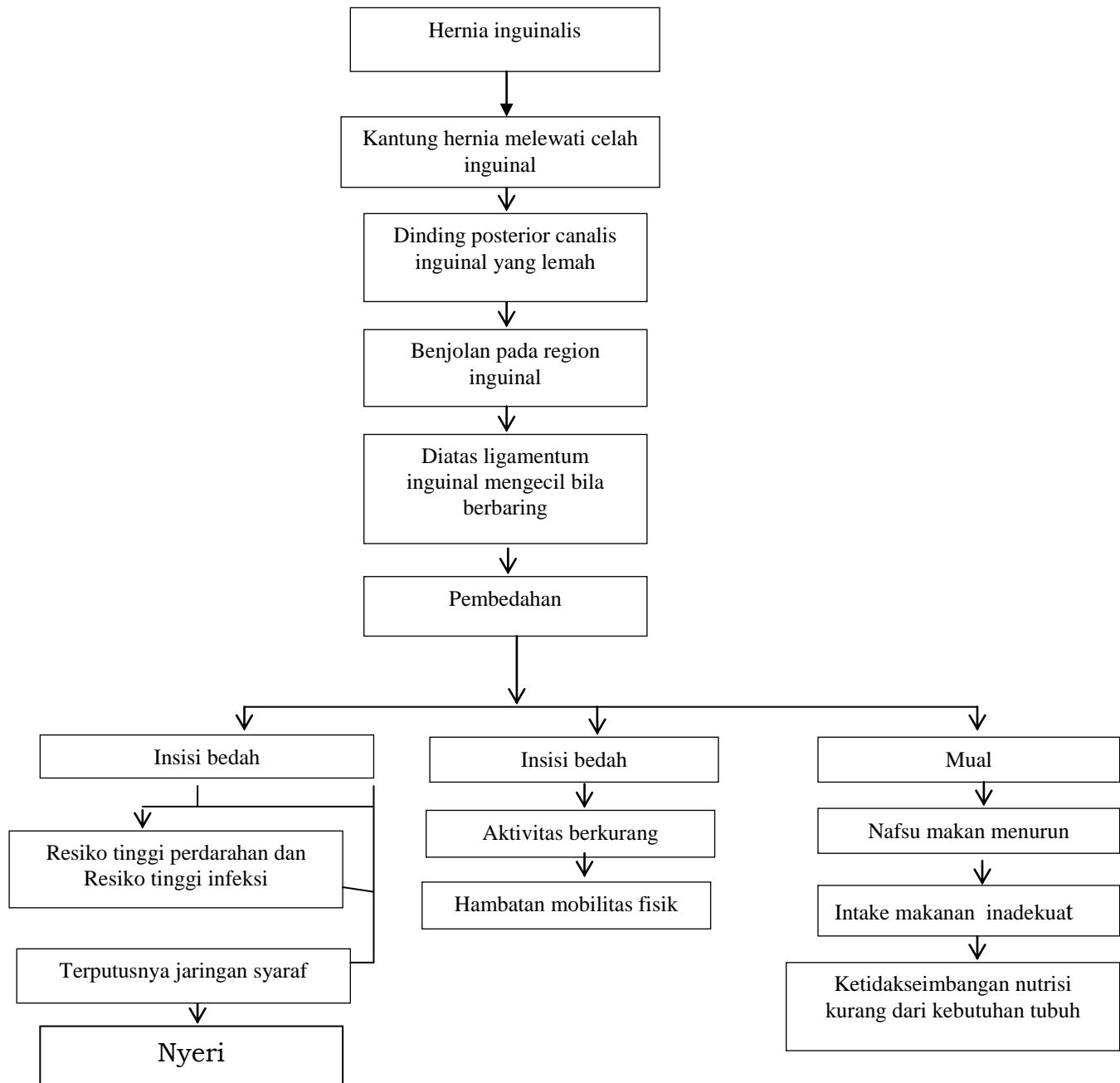
### **2.1.5 Patofisiologi**

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau perpindahan usus kedaerah otot abdominal. Tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak cukup pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi pada proses perkembangan yang cukup

lama, pembedahan abdominal dan kegemukan. Pertama-tama terjadi kerusakan yang sangat kecil pada dinding abdominal, kemudian terjadilah hernia. Insiden hernia bertambah oleh karena bertambahnya umur karena meningkatnya penyakit yang meninggikan tekanan intra abdomen dan jaringan penunjang berkurang kekuatannya. 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 minorisresistence*, maka pada keadaan yang meyebabkan tekanan intra abdominal meningkat seperti batuk-batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat beban yang berat, mengejan. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut (Anggara dkk, 2015).



### 2.1.6 Pathway Hernia Inguinalis Lateral



(Sumber : Samsuhidayat, 2014)

### 2.1.7 Penatalaksanaan

#### 1) Konservatif

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Tindakan konservatif terdiri atas:

##### a) Reposisi

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

##### b) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sclerotik berupa alkohol atau kanan di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritoneal.

##### c) Sabuk hernia

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

#### 2) Operatif

Operasi hernia dilakukan dengan 3 tahap:

- a. *Hernioplasty* : Memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang.

- b. *Herniatomy* : Pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan kalau ada perlekatan, kemudian direposisi, kantong hernia dijahit ikat setinggi lalu dipotong.
- c. *Herniorraphy* : Mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan menutup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan transversus internus dan musculus ablikus internus abdominus ke ligamen inguinal (Nurarif dan Kusuma, 2015).

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada penderita hernia dapat dilakukan dengan cara berikut: Biasanya tidak diperlukan pemeriksaan tambahan untuk menegakkan diagnosis hernia. Namun pemeriksaan seperti USG (*Ultrasonografi*), CT Scan, maupun MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) dapat dikerjakan guna melihat lebih lanjut keterlibatan organ-organ yang terperangkap dalam kantong hernia tersebut. Pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan untuk kepentingan operasi.

- a) Sinar X abdomen menunjukkan kadar gas dalam usus/abstruksi usus.
- b) Laparoscopi, untuk menentukan adanya hernia inguinal lateralis apakah ada sisi yang berlawanan atau untuk mengevaluasi terjadi hernia berulang atau tidak.
- c) Pemeriksaan darah lengkap, hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit),

peningkatan sel darah putih (Leukosit : >10.000-18.000/mm<sup>3</sup>) (Suratun, 2010).

Ultrasonografi dan CT-scan dapat digunakan namun kurang berguna dibandingkan pemeriksaan fisik langsung (Elita Wibisono dan Wifanto Saditya, 2014).

## **2.2 KONSEP NYERI**

### **2.2.1 Definisi**

Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri mulai terasa seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi. Karakteristik nyeri pada hernia adalah rasa nyeri yang terus bertambah serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas. Nyeri karena pembedahan akan mengganggu aktivitas sehari-hari, istirahat, dan kenyamanan sehingga nyeri harus mendapat penatalaksanaan yang tepat (Joyce dan Hawks, 2014)

### **2.2.2 Pola Nyeri**

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan). Dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri jenis ini juga dapat dianggap dapat memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti

nyeri pascaoperasi, yang biasanya menghilang ketika luka sembuh. Klien biasanya menggunakan kata seperti “tajam”, “tertusuk” dan “tertembak” untuk mendeskripsikan nyeri akut (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan (atau 1 bulan lebih dari normal dimasa akhir kondisi yang menyebabkan nyeri) dan tidak diketahui kapan akan berakhir kembali jika terjadi kembalinyeri yang samaseperti yang di timbulkan (Joyce dan Hawks, 2014).

### **2.2.3 Mekanisme Nyeri**

Nyeri secara keilmuan pengakuan yang subyektif terpisah dan berbeda dari istilah nosisepsi. Nosisepsi merupakan ukuran kejadian fisiologis. Nonisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan. Kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan spinalis dan otak. Nosisepsi biasanya muncul tanpa ada rasa nyeri dan berada di alam bawa sadar (Joyce dan Hawks, 2014).

Nyeri mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi seperti peningkatan atau penurunan tekanan darah, takikardi, diaforesi, takipneu, focus pada nyeri, dan melindungi bagian tubuh yang nyeri. Respon kardiovaskular dan pernapasan akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai bagian dari respon *fight or flight*. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu sistem nyeri kronis (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Menurut Melton 2008, hubungan usia dengan intensitas nyeri menunjukkan bahwa hubungan usia dengan intensitas nyeri pasca bedah menunjukkan semakin tua usia responden semakin tinggi intensitas nyeri yang dirasakan, bahwa intensitas nyeri menunjukkan bahwa intensitas nyeri lebih tinggi pada usia lebih tua dari pada klien dewasa muda.

#### **2.2.4 Penatalaksanaan Nyeri**

Penatalaksanaan nyeri pada pasien setelah operasi hernia dapat dilakukan melalui terapi farmakologis maupun terapi non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu pemberian obat-obatan analgesik dan penenang. Sedangkan terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan cara bimbingan antisipasi, terapi kompres panas/dingin, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, massage, serta terapi musik<sup>13</sup>. Penatalaksanaan nyeri post operasi secara non farmakologi bukan sebagai pengganti utama terapi analgesik yang telah diberikan, namun sebagai terapi pelengkap untuk mengurangi nyeri pasca operasi. Kombinasi penatalaksanaan secara farmakologis dan non farmakologis merupakan cara terbaik untuk mengontrol nyeri post operasi (Joyce dan Hawks, 2014).

### **2.3 Teknik Distraksi dan Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

#### **2.3.1 Teknik Distraksi**

Tehnik distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan

lupa terhadap nyeri yang dialami. Dasar teori distraksi adalah teori *gate control*. Teori ini menjelaskan bahwa pada spina cord, sel-sel reseptor yang menerima stimulasi nyeri perifer di hambat oleh stimulasi dari serabut-serabut saraf yang lain. Jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau dirasakan oleh klien). Stimulasi yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulasi nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang (Priharjo, 2012).

Salah satu teknik distraksi adalah dengan terapi musik bertujuan untuk menurunkan nyeri pada post operasi. Musik sebagai terapi telah dikenal sejak 550 tahun Masehi, dan ini dikembangkan oleh Pythagoras dari Yunani. Berdasarkan penelitian di *Stat University of New York di Buffalo*, sejak mereka menggunakan terapi musik kebutuhan akan obat penenang pun turun drastis hingga 50%. Musik juga merangsang pelepasan hormon endorfin, hormon tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan nyeri sehingga musik dapat digunakan untuk mengalihkan rasa nyeri sehingga pasien merasa nyeri nya berkurang (Salampessy, 2014).

### **2.3.2 Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Relaksasi merupakan teknik relaksasi bernafas yakni teknik pereda nyeri yang banyak memberikan masukan terbesar karena teknik relaksasi adalah teknik untuk mencapai kondisi rileks. Teknik relaksasi pernafasan dapat menghilangkan nyeri post operasi, karena aktivitas-aktivitas di serat besar

dirangsang oleh tindakan ini, sehingga gerbang untuk aktifitas serat berdiameter kecil nyeri tertutup (Smeltzer dan Bare, 2009).

Kedua responden memiliki yang sama mulai diberikan teknik relaksasi nafas dalam setelah post operasi Hernioraphy selama 10-15 menit dilakukan 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari, dan mendapat hasil yang efektif. Begitupun hasil penelitian yang dilakukan oleh Nur Intan Hayati HK, Madesti Vindora, Shinta Arini Ayu, Teguh Pribadi dengan judul *Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap tingkat intensitas nyeri pada pasien post operasi Hernia*, memberikan kesimpulan bahwa menurunkan intensitas nyeri dengan memberikan teknik imajinasi terbimbing pada klien dengan post operasi Hernioraphy adalah efektif.

## **2.4 KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN**

### **2.4.1 Pengkajian**

Pada klien hernia hal yang perlu di kaji 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 (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010).

### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan (Nurarif dan Kusuma, 2015)**

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan ditandai dengan luka pada abdomen.



- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka bekas post operasi.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan proses invasi kuman ditandai dengan perawatan luka yang kurang.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka insisi ditandai ketidaknyamanan keterbatasan gerak.
- e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan system irigasi/drainage ditandai dengan ketidakseimbangan cairan.
- f. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diet cairan ditandai dengan penurunan fungsi usus.
- g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan luka post operasi.

### 2.4.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan**

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	RASIONALISASI
Klien 1			
<b>1. Nyeri akut</b>  <b>Definisi:</b> pengalaman emosi dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International association for the study of pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan. <b>Batasan Karakteristik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perubahan selera makan</li> <li>2) Perubahan tekanan darah</li> <li>3) Perubahan frekuensi jantung</li> <li>4) Perubahan frekuensi pernapasan</li> </ol>	<b>NOC</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tingkat nyeri</li> <li>b. Kontrol nyeri</li> <li>c. Tingkat kenyamanan</li> </ol> <b>Kriteria hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang</li> </ol>	<b>NIC</b> <b>Manajemen nyeri:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu mengetahui derajat ketidaknyamanan dan keefektifan analgetik atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi</li> <li>2. Membedakan penyebab nyeri dan kemajuan atau perbaikan penyakit, terjadinya komplikasi dan</li> </ol>

---

<p>5) Laporan isyarat</p> <p>6) Diaforesis</p> <p>7) Perilaku distraksi (mis: berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p> <p>8) Mengespresikan perilaku (mis : gelisah, merengek, menangis)</p> <p>9) Masker wajah (mis:mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)</p> <p>10) Sikap melindungi area nyeri</p> <p>11) Perubahan posisi untuk melindungi area nyeri</p> <p>12) Dilatasi pupil</p> <p>13) Malaporkan nyeri secara verbal</p> <p>14) Gangguan tidur</p> <p><b>Faktor yang berhubungan:</b></p> <p>1) Agen cedera (mis: biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)</p> <p>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</p>	<p>mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>7. Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</p> <p>9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>10. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>12. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>13. Tingkatkan istirahat</p> <p>14. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.</p>	<p>keefektifan intervensi</p> <p>3. Udara dingin dapat meminimalkan kulit</p> <p>4. Nyeri berat tidak hilang dengan tindakan rutin dapat menunjukkan terjadinya komplikasi</p> <p>5. meningkatkan istirahat, memuaskan kembali perhatian dapat meningkatkan koping</p> <p>6. posisi fowler rendah menurunkan tekanan intra abdomen namun pasienakan melakukan posisi yang menghilangkan nyeri secara alami</p> <p>7. memberikan penurunan nyeri hebat</p>
--	---	--	---

---

**Analgesic Administration:**

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi

---

3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgetik yang dioerlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgetik tergantung dari tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
9. Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala

<p><b>2. Hambatan mobilitas fisik</b></p> <p><b>Definisi:</b> keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penurunan waktu reaksi</li> <li>2) Kesulitan membolak-balik posisi</li> <li>3) Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada ketunadayaan/aktivitas sebelum sakit)</li> <li>4) Dispnea setelah berktivitas</li> <li>5) Perubahan cara berjalan</li> <li>6) Gerakan bergetar</li> <li>7) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik halus</li> <li>8) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Joint Movement : Active</li> <li>2. Mobility level</li> <li>3. Self Care : ADLS</li> <li>4. Transfer performance</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3) Memverbalisasiikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4) Memperagakan penggunaan alat</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Exercise therapy: ambulation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Kosnsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cidera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon automorik meliputi perubahan pada TD,pernafasan</li> <li>2. Penanganan yang tepat dapat mempercepat waktu penyembuhan</li> <li>3. Memberikan sokongan pada ekstremitas yang luka dapat mingkatkan kerja vena, menurunkan edema, dan mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Agar pasien terhindar dari kerusakan kembali pada ekstremitas yang luka</li> <li>5. <i>Body mechanic</i> dan ambulasi merupakan usaha koordinasi diri muskuloskeletal dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan yang tepat</li> </ol>
--	---	---	---

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| 9) Keterbatasan rentang pergerakan sendi | 5) Bantu untuk mobilisasi (walker) | ambulasi  |
| 10) Tremor akibat pergerakan             |                                    | 5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi   |
| 11) Ketidakstabilan postur               |                                    | 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan      |
| 12) Pergerakan lambat                    |                                    | 7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien |
| 13) Pergerakan tidak terkoordinasi       |                                    | 8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan   |
|  |                                    | 9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan      |

**Faktor yang berhubungan:**

- 1) Intoleransi aktivitas
- 2) Perubahan metabolisme seluler
- 3) Ansietas
- 4) Indeks massa tubuh diatas perentil ke 75 sesuai usia
- 5) Gangguan kognitif
- 6) Konstraktur
- 7) Kepercayaan budaya tentang aktivitas sesuai usia
- 8) Fisik tidak bugar
- 9) Penurunan ketahanan tubuh
- 10) Penurunan kendali otot
- 11) Penurunan massa otot
- 12) Malnutrisi
- 13) Gangguan muskuloskeletal
- 14) Gangguan neuronmuskular, Nyeri
- 15) Agent obat
- 16) Penurunan kekuatan otot
- 17) Kurang pengetahuan tentang aktivitas fisik
- 18) Keadaan mood depresif
- 19) Keterlambatan perkembangan
- 20) Ketidaknyamanan
- 21) Disuse, kalau sendi
- 22) Kurang dukungan lingkungan (mis., fisik atau sosial)
- 23) Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler
- 24) Kerusakan integritas struktur tulang
- 25) Program pembatasan gerak
- 26) Keeengganannya memulai pergerakan
- 27) Gaya hidup monoton
- 28) Gangguan sensori perseptual

**3. Resiko Infeksi**

**Definisi :** mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik

**Faktor-faktor :**

- 1) Penyakit kronik
- Diabetes melitus
- obesitas

**NOC**

1. Immune Status
2. Knowledge Infection control
3. Risk control

**Kriteria Hasil :**

- 1) Klien bebas dari

**NIC**

**Infection Control (kontrol infeksi)**

1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung

1. Mencegah kontaminasi kuman masuk keluka insisi sehingga menurunkan resiko terjadinya infeksi
2. Perkembangan infeksi dapat memperlambat pemulihan
3. Lindungi pasien dari

2) Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pamanjanan patogen	tanda dan gejala infeksi	bila perlu	kontaminasi selama pergantian
3) Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat	2) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaan	4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	4. Balutan basah bertindak sebagai sumbu penyerapan kontaminasi
a) Gangguan peristalsis	3) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan	5. Diberikan untuk menurunkan terjadinya penyebaran organisme
b) Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter intavena, prosedur invasif)	4) Jumlah leukosit dalam batas normal	6. Cuci tangan stiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	
c) Perubahan sekresi PH	5) Menunjukkan perilaku hidup sehat	7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	
d) Penurunan kerja siliaris		8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	
e) Pecah ketuban dini		9. Ganti letak IV perifer dan line sentral dan dressing sesuai dengan petunjuk umum	
f) Pecah ketuban lama		10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing	
g) Merokok		11. Tingkatkan intake nutrisi	
h) Statis cairan tubuh		12. Berikan terapi antibiotik bila perlu protesi infeksi	
i) Trauma jaringan (mis., trauma destruksi jaringan)		13. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	
4) Ketidak adekuatan pertahanan sekunder		14. Monitor hitung granulosit, WBC	
a) Penurunan hemoglobin		15. Monitor kerentanan terhadap infeksi	
b) Imunosupresan, steroid, antibodi monoklonal, imunomodulator)		16. Batasi pengunjung	
c) Supresi respon inflamasi		17. Sering pengunjung terhadap penyakit menular	
5) Vaksinasi tidak adekuat		18. Pertahankan	
6) Pemajanan terhadap patogen			
7) Lingkungan meningkat Wabah			
8) Prosedur invasif			
9) malnutrisi			

			<p>teknik aspesis pada pasien yang berisiko</p> <p>19. Pertahankan teknik isolasi k/p</p> <p>20. Berikan perawatan kulit pada area upidema</p> <p>21. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</p> <p>22. Inspeksi kondisi luka/ insisi bedah</p> <p>23. Dorong masukan nutrisi yang cukup</p> <p>24. Dorong masukan cairan</p> <p>25. Dorong istirahat</p> <p>26. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</p> <p>27. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p> <p>28. Ajarkan cara menghindari infeksi</p> <p>29. Laporkan kecurigaan infeksi</p> <p>30. Laporkan kultur positif</p>	
<p><b>4. Kerusakan integritas kulit</b></p> <p><b>Definisi :</b> Perubahan/gangguan epidermis dan/atau dermis</p> <p><b>Batasan karakteristik:</b></p> <p>1) Kerusakan lapisan kulit (dermis)</p> <p>2) Gangguan permukaan kulit (epidermis)</p> <p>3) Invasi struktur tubuh</p> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <p>a) Eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zat kimia, Radiasi</li> <li>- Usia yang ekstrim</li> <li>- Kelembapan</li> <li>- Hipertermia, Hipotermia</li> <li>- Faktor mekanik (mis., gaya gunting)</li> <li>- Medikasi</li> <li>- Lembab</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tissue Integrity : skin and mucous</li> <li>2. Membranes</li> <li>3. Hemodialis akses</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Integritas yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>b) Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>c) Perfusi jaringan baik</li> <li>d) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pressure Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>2. Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>5. Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan aliran darah kesemua daerah</li> <li>2. Menghindari tekanan dan meningkatkan aliran darah</li> <li>3. Menghindari tekanan yang berlebih pada daerah yang menonjol</li> <li>4. Menghindari kerusakan-kerusakan kapiler-kapiler</li> <li>5. Hangat dan perlunakan adalah tanda kerusakan jaringan</li> <li>6. Mempertahan keutuhan kulit</li> </ol>	

- Imobilitasi fisik	<p>kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang</p> <p>e) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami</p>	<p>6. Oleskan lotion/minyak/ baby oil pada darah yang tertekan</p> <p>7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>8. Monitor status nutrisi pasien</p> <p>9. Memaandakan pasien dengan sabun dan air hangat pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau straples</p> <p>10. Monitor proses kesembuhan area insisi</p> <p>11. Monitor bersihkan area sekitar jahitan atau straples, menggunakan lidi kapas steril</p> <p>12. Gunakan preparat antiseptik, sesuai program</p> <p>13. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program</p>
<b>5. Kekurangan volume cairan</b>	<p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fluid balance</li> <li>2) Hydration</li> <li>3) Nutritional Status : Food and Fluid</li> <li>4) Intake</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal</li> <li>b) Tekanan darah, nadi, suhu, tubuh dalam batas normal</li> <li>c) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi,</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Manajemen cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan</li> <li>2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>3. Monitor status hidrasi (kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan</li> <li>4. Monitor vital sign</li> <li>5. Monitor masukan makanan/cairan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. memberikan informasi tentang status cairan atau volume sirkulasi dan kebutuhan penggantian</li> <li>2. ntuk mengetahui cairan yang keluar dalam tubuh</li> <li>3. untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi.</li> <li>4. menggantikan cairan yang hilang.</li> <li>5. protrombin darah menurun dan waktu koagulasi memanjang bila aliran empedu terhambat, meningkatkan resiko perdarahan</li> </ol>

---

11)Peningkatan suhu tubuh	elastisitas turgor	dan hitung intake
12)Peningkatan frekuensi nadi	baik, membran	kalori harian
13)Peningkatan konsentrasi urin	mukosa lembab,	6. Kolaborasikan
14)Penurunan berat badan	tidak ada rasa haus	pemberian cairan
15)Tiba-tiba (kecuali pada ruang ketiga)	yang berlebihan	IV
haus		7. Monitor status
16)Kelemahan		nutrisi

**Faktor yang berhubungan**

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi

8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan
9. Dorong masukan oral
10. Berikan penggantian nasogastrik sesuai output
11. Dorong keluarga untuk membantu pasien untuk makan
12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar)
13. Kolaborasi dengan dokter
14. Atur kemungkinan transfusi
15. Persiapan untuk transfusi

**Manajemen Hipovolemia**

1. Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan
  2. Pelihara IV line
  3. Monitor tingkat Hb dan hematokrit
  4. Monitor tanda vital
  5. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan
  6. Monitor berat badan
  7. Dorong pasien untuk menambah intake oral
  8. Pemberian cairan IV monitor adanya tanda dan
-



			gejala kelebihan volume cairan	
			9. Monitor tanda adanya gagal ginjal	
<b>6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	<b>Manajemen Nutrisi</b>	
<b>Definisi :</b> Asuhan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik	1. Status nutrisi : makan dan minum	1. Kaji adanya alergi makanan	1. Kaji adanya alergi makanan	1. Pengkajian penting dilakukan untuk mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat menentukan intervensi yang diberikan.
<b>Batasan karakteristik :</b>	2. Intake	2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	2. Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
1) Kram abdomen	3. Status nutrisi : intake nutrisi	3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	3. Untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan pasien
2) Nyeri abdomen	4. Kontrol berat badan	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	4. Informasi yang diberikan dapat memotivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi
3) Menghindari makanan	<b>Kriteria Hasil :</b>	5. Berikan substansi gula	5. Berikan substansi gula	5. Zat besi dapat membantu tubuh sebagai zat penambah darah sehingga mencegah terjadinya anemia atau kekurangan darah
4) Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal	a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggu serat untuk mencegah konstipasi	6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggu serat untuk mencegah konstipasi	
5) Kerapuhan kapiler	b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	
6) Diare	c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan	8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan	
7) Kehilangan rambut berlebihan	d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	
8) Bising usus hiperaktif	e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan	10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	
9) Kurang makanan	f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	
10) Kurang informasi		<b>Monitoring Nutrisi</b>	<b>Monitoring Nutrisi</b>	
11) Kurang minat pada makanan		1. BB pasien dalam	1. BB pasien dalam	
12) Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat				
13) Kesalahan konsepsi				
14) Kesalahan informasi				
15) Membran mukosa pucat				
16) Ketidakmampuan memakan makanan				
17) Tonus otot menurun				
18) Mengeluh gangguan sensasi rasa				
19) Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)				
20) Cepat kenyang setelah makan				
21) Sariawan rongga mulut				
22) Streatorea				
23) Kelemahan otot pengunyah				
24) Kelemahan otot untuk menelan				
<b>Faktor-faktor yang berhubungan :</b>				
a) Faktor biologis				
b) Faktor ekonomi				
c) Ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrisi				
d) Ketidakmampuan untuk mencerna makanan				
e) Ketidakmampuan menelan makanan				
f) Faktor psikologis				

- 
- batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
  3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
  4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan
  5. Monitor lingkungan selama makan
  6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
  7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
  8. Monitor turgor kulit
  9. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
  10. Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan kadar Ht
  11. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
  12. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
  13. Monitor kalori dan intake nutrisi
  14. Catat adanya edema, hiperemik, hipertoni papila lidah dan cavitas oral
-

15. Catat jika lidah berwarna  
16. magenta, scarlet

7. Defisit perawatan diri mandi	NOC	NIC	
<p><b>Defisini :</b> hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/aktivitas perawatan diri untuk diri sendiri</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi</li> <li>2) Ketidakmampuan mengeringkang tubuh</li> <li>3) Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi</li> <li>4) Ketidakmampuan menjangkau sumber air</li> <li>5) Ketidakmampuan mengatur air mandi</li> <li>6) Ketidakmampuan membasuh subuh</li> </ol> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Gangguan kognitif</li> <li>b) Penurunan motivasi</li> <li>c) Kendala lingkungan</li> <li>d) Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh</li> <li>e) Ketidakmampuan merasakan hubungan spasial</li> <li>f) Gangguan muskuloskeletal</li> <li>g) Gangguan neuro muskular</li> <li>h) Nyeri</li> <li>i) Gangguan persepsi</li> <li>j) Ansietas berat</li> </ol>	<p>1. Activity Intolerance 2. Mobility : physical impaired 3. Sensory persepsi, Auditory disturbed</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Perawatan diri ostomi : tindakan pribadi mempertahankan ostomi untuk eliminasi</li> <li>b) Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu</li> <li>c) Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>d) Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu</li> <li>e) Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri</li> </ol>	<p><b>Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri</li> <li>3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>4. Tempat handuk, sabun, deoaran, alat pencukur, dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau di kamar mandi</li> <li>5. Menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)</li> <li>6. Menyediakan lingkungan yang teraupetik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi, dan personal</li> <li>7. Memfasilitasi gigi pasien menyikat, sesuai</li> <li>8. Memfasilitasi diri mandi pasien</li> <li>9. Memantau pembersihan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam mengantisipasi/merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual</li> <li>2. Meningkatkan harga diri dan semangat untuk berusaha terus-menerus</li> <li>3. Meningkatkan perasaan makna diri dan kemandirian serta mendorong klien untuk berusaha secara kontinyu</li> <li>4. Memberikan bantuan yang mantap</li> </ol>

---

	dengan atau tanpa alat bantu	kuku, menurut kemampuan perawatan diri pasien
f)	Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi	10. Memantau integritas kulit pasien 11. Menjaga kebersihan ritual
g)	Membersihkan dan mengeringkan tubuh	12. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa pasien tidur, isyarat sebelum tidur/alat peraga, dan benda-benda asing (misalnya, untuk anak-anak, cerita selimut/mainan, goyang, dot, atau favorit, untuk orang dewasa, sebuah buku untuk membaca atau bantal dari rumah
h)	Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral	13. Mendorong orangtua/keluarga partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa 14. Memberikan bantuan sampai pasien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri

---

### 2.4.3 Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

#### **2.4.4 Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008).