

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* HERNIORAPHY
ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

YULIA DEWI PEBRIANA

AKX.17.128



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* HERNIORAPHY ATAS
INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT**

OLEH

YULIA DEWI PEBRIANA

AKX.17.128

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal 27
Agustus 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 02016020178



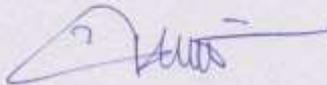
Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners

NIK : 02014020173

Mengetahui,

Prodi DIII Keperawatan

Ketua



Dede Nur Azziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* HERNIORAPHY ATAS
INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT**

OLEH

YULIA DEWI PEBRIANA

AKX.17.128

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 27 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep.
(Pembimbing Utama)**

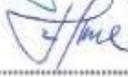
(.....)

Anggota :

**1. Penguji I
Agus Mi'raj D,S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes**

(.....)

**2. Penguji II
Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

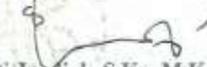
(.....)

**3. Pembimbing Pendamping
Irfan Safarudin A , S.Kep.,Ners**

(.....)

Mengetahui

**Fakultas Keperawatan
Dekan**


Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep.

NIK 2007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yulia Dewi Pebriana

NPM : AKX 17.128

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D3 Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut"

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau ebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme,saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, September 2020

Yang membuat pernyataan,



Yulia Dewi Pebriana

Pembimbing I



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

Pembimbing II



Irfan Safarudin A, S.Kep.,Ners

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yulia Dewi Pebriana

NIM : AKX.17.128

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Hernioraphy Atas Indikasi
Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz
Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung... Agustus, 2020

Yang membuat pernyataan

METERAI
TEMPEL
PDADAHF42677265
6000
Yulia Dewi Pebriana

AKX.17.128

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* HERNIORAPHY ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SLAMET GARUT “ dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,Mkep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Azziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep, selaku Pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Irfan Safarudin, S.Kep.,Ners, selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini

7. Dr.H. Husodo Dewo Adi, SpOT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. H. Deni S., S.Kep.,Ners., MMRS, selaku CI Ruangan Topaz yang memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
9. Teruntuk kedua orang tua tercinta yaitu Ayahanda Ade Amoy dan Ibunda Mimin, kakak Komarudin Fajar dan Nia mardiana alm, adik Gajwan Raihan Firdaus, serta keponakan Raisya Najma Haniah yang telah memberikan doa dan dorongan semangat serta dukungan yang tulus demi keberhasilan penulis.
10. Untuk Reza Sekar Mustika A.Md.Kep , Kartika A.Md.Kep, Rita yang telah memberikan semangat dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ini
11. Rekan-rekan seperjuangan di DIII Keperawatan Umum 2017 yang telah memberikan motivasi, semangat, serta dukungan dalam penyusunan karya tulis ini
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, 2020



Yulia Dewi Pebriana

AKX.17128

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---------------------------------------|---------|
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | ii |
| LEMBAR BEBAS PLAGIAT | iii |
| LEMBAR KEASLIAN TULISAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR GAMBAR | x |
| DAFTAR TABEL..... | xi |
| DAFTAR BAGAN | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xii |
| ABSTRAK | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3. Tujuan Penulisan | 4 |
| 1.3.1. Tujuan Umum..... | 4 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus | 4 |
| 1.4. Manfaat | 5 |
| 1.4.1. Manfaat Teoritis..... | 5 |
| 1.4.2. Manfaat Praktis..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1. Konsep Penyakit..... | 7 |
| 2.1.1. Definisi Hernia..... | 7 |
| 2.1.2. Konsep Anatomi Fisiologi | 7 |
| 2.1.3. Etiologi | 9 |
| 2.1.4. Manifestasi Klinis | 9 |
| 2.1.5. Penatalaksanaan..... | 10 |
| 2.1.6. Patofisiologi | 12 |
| 2.2. Konsep Hernioraphy..... | 14 |
| 2.2.1. Definisi Pembedahan..... | 14 |
| 2.2.2. Definisi Hernioraphy | 14 |
| 2.2.3. Komplikasi Post Operasi | 15 |
| 2.3. Konsep Nyeri | 15 |
| 2.3.1. Definisi Nyeri | 15 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.3.2. Klasifikasi Nyeri | 15 |
| 2.3.3. Etiologi Nyeri | 16 |
| 2.3.4. Skala Nyeri | 16 |
| 2.4. Konsep Asuhan Keperawatan..... | 19 |
| 2.4.1. Pengkajian | 19 |
| 2.4.2. Diagnosa Keperawatan | 25 |
| 2.4.3. Intervensi Keperawatan | 25 |
| 2.4.4. Implementasi Keperawatan | 37 |
| 2.4.5. Evaluasi Keperawatan | 37 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|---|----|
| 3.1. Desain Penelitian | 38 |
| 3.2. Batasan Istilah | 38 |
| 3.3. Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian | 40 |
| 3.4. Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 40 |
| 3.5. Pengumpulan Data..... | 40 |
| 3.6. Uji Keabsahan Data..... | 41 |
| 3.7. Analisa Data | 42 |
| 3.8. Etik Penulisan KTI | 43 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|---|----|
| 1.1. Hasil..... | 49 |
| 1.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 49 |
| 1.1.2. Pengkajian..... | 48 |
| 1.1.3. Analisa Data..... | 59 |
| 1.1.4. Diagnosa Keperawatan | 61 |
| 1.1.5. Perencanaan Keperawatan | 63 |
| 1.1.6. Implementasi | 69 |
| 1.1.7. Evaluasi | 75 |
| 1.2. Pembahasan | 77 |
| 1.2.1. Pengkajian | 77 |
| 1.2.2. Diagnosa Keperawatan | 78 |
| 1.2.3. Perencanaan Keperawatan | 82 |
| 1.2.4. Implementasi | 87 |
| 1.2.5. Evaluasi..... | 91 |

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|---------------------------------------|----|
| 5.1 Kesimpulan..... | 93 |
| 5.1.1. Pengkajian | 93 |
| 5.1.2. Diagnosa Keperawatan | 94 |
| 5.1.3. Intervensi Keperawatan | 94 |
| 5.1.4. Implementasi Keperawatan | 94 |
| 5.1.5. Evaluasi | 95 |
| 5.2 Saran | 95 |
| 5.2.1. Untuk Perawat | 95 |
| 5.2.2. Untuk Rumah Sakit..... | 96 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.3. Untuk Institusi Pendidikan | 96 |
| DAFTAR PUSTAKA | 97 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Skala Penilaian Numerik..... | 17 |
| Gambar 2.2 Skala Nyeri Deskriptif Verbal..... | 18 |
| Gambar 2.4 Skala Nyeri Wajah | 18 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut..... | 25 |
| Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan..... | 28 |
| Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman..... | 30 |
| Tabel 2.4 Intervensi Resiko Perdarahan..... | 32 |
| Tabel 2.5 Intervensi Resiko Infeksi | 34 |
| Tabel 4.1 Identitas | 48 |
| Tabel 4.2 riwayat penyakit..... | 49 |
| Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari- hari | 50 |
| Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik | 52 |
| Tabel 4.5 Data Psikologis | 56 |
| Tabel 4.6 Data Sosial | 57 |
| Tabel 4.7 Data Spiritual | 57 |
| Tabel 4.8 Hasil Laboratorium | 58 |
| Tabel 4.9 Program Dan Rencana Pengobatan..... | 58 |
| Tabel 4.10 Analisa Data..... | 59 |
| Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan | 61 |
| Tabel 4.12 Perencanaan Keperawatan | 63 |
| Tabel 4.13 Implementasi Dan Evaluasi Formatif | 69 |
| Tabel 4.14 Evaluasi Sumatif | 75 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|-------------------------------|----|
| Bagan 2.1 Patofisiologi | 12 |
|-------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran V Jurnal

ABSTRAK

Latar Belakang : Hernia merupakan penonjolan isi dari rongga yang keluar dan menuju jaringan lain. Operasi Hernia di RSUD Dr.Slamet Garut di Ruang Topaz tercatat dari bulan Oktober-Desember 2019 adalah 101 kasus dan menempati urutan pertama dari lima penyakit terbesar di Ruang Topaz. Pada penyakit Hernia dilakukan *Hernioraphy*, yaitu pembedahan untuk mengembalikan usus ke tempat asal dan menutup lubang atau cincin hernia. Klien *post hernioraphy* akan menimbulkan nyeri, dampak negatif dari nyeri jika tidak ditangani akan mengakibatkan penyembuhan yang lambat, menghambat aktivitas, dan terjadi nyeri kronik. **Tujuan :** mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *post hernioraphy* atas indikasi hernia inguinalis lateralis dengan nyeri akut di Ruang Topaz RSUD. Dr Slamet Garut. **Metode :** metode studi kasus yang mengeksplor tentang asuhan keperawatan pada klien *post Hernioraphy* atas indikasi hernia inguinalis Lateralis dengan nyeri akut pada dua klien selama tiga hari. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi nafas dalam) pada kedua klien, nyeri dapat teratasi ditandai dengan penurunan skala nyeri klien 1 dari 5(0-10) menjadi 1(0-10) di hari ketiga dan klien 2 dari 6(0-10) menjadi 2(010) di hari ketiga. **Diskusi :** pada kedua klien *post hernioraphy* ditemukan masalah keperawatan nyeri akut karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat luka insisi. Namun, kedua klien tidak selalu memiliki respon yang sama karena dipengaruhi dari pola koping klien. **Saran :** Penulis menyarankan perawat mampu melakukan tindakan keperawatan seperti relaksasi nafas dalam secara mandiri dan rutin agar masalah nyeri *post hernioraphy* dapat teratasi.

Kata Kunci :Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Hernioraphy, Hernia Inguinalis Lateralis

Daftar Pustaka :9 Buku (2010-2015), 2 Jurnal (2013 dan 2014)

ABSTRACT

Background: *Hernia is a protrusion of the contents of the cavity that comes out and into other tissues. Hernia Operations in RSUD Dr.Slamet Garut in the Topaz Room recorded from October to December 2019 were 101 cases and ranks first of the five biggest diseases in the Topaz Room. In Hernia, Hernioraphy is performed, which is surgery to return the intestine to its original place and close the hernia hole or ring. Post hernioraphy clients will cause pain, the negative impact of pain if left untreated will result in slow healing, inhibit activity, and occur chronic pain.*

Objective: *being able to carry out nursing care in post herniorrhaphy clients for indications of lateral inguinal hernia with acute pain in the Topaz Room Dr. Slamet Garut regional Hospital.*

Method : *a case study method that explored nursing care for exploratory post Hernioraphy clients for indications of Lateral inguinal hernia with acute pain in two clients for three days.*

Results: *After nursing care was performed by providing pharmacological and non-pharmacological interventions (deep breath relaxation) to both clients, pain can be resolved, marked by a decrease in the client's pain scale 1 from 5 (0-10) to 1 (0-10) on the third day and client 2 from 6 (0-10) to 2 (010) on the third day.*

Suggest : *The author suggests that nurses are able to perform nursing actions such as deep breathing relaxation techniques independently and routinely so that the post herniorrhaphy pain problem can be resolved.*

Keywords : *Nursing Care, Acute Pain, Post Hernioraphy, Lateral Inguinal Hernia*

Bibliography : *9 Books (2010-2015), 2 Journals (2013 and 2014)*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masalah peningkatan derajat ekonomi pada masyarakat sangat berpengaruh terhadap gaya hidup sehari-hari. Misalnya, pola aktifitas dan pekerjaan seperti mengangkat beban berat, biasa mengkonsumsi makanan kurang serat yang mengakibatkan konstipasi, sehingga mendorong mengedan saat defekasi, namun tanpa disadari jika aktifitas dan pekerjaan itu terus menerus dilakukan maka hal ini dapat mengakibatkan terjadinya Hernia.

Hernia merupakan penonjolan isi dari rongga yang keluar dan menuju jaringan lain. Pada hernia abdomen, usus keluar melalui rongga yang lemah. Secara umum hernia berdasarkan letaknya terbagi menjadi hernia inguinalis, hernia femoralis, hernia umbilikalisis dan hernia skrotalis. Hernia inguinalis merupakan yang paling sering terjadi ketika ada celah sehingga usus menerobos dari dinding abdomen, yang menyebabkan ada benjolan di perut bawah, dan jika sudah parah akan menyebabkan nyeri (Nurarif & Kusuma, 2015). Hernia harus segera ditangani, karena usus yang mengalami strangulasi akan mengalami necrose yang disebabkan kekurangan suplai darah.

Menurut World Health Organization (WHO) hernia dengan segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12,7%). Dengan didapatkan data pada tahun 2010 sampai tahun 2015 penderita hernia terdapat pada negara yang berkembang seperti negara Afrika, Asia tenggara termasuk Indonesia. (WHO

2017). Sedangkan menurut data kementerian kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa jumlah penderita di Indonesia yang mengalami hernia inguinalis berjumlah 291.145 kasus. Untuk data di Jawa Barat, mayoritas penderita selama Januari - Desember diperkirakan 425 kasus (Depkes RI, 2016).

Berdasarkan laporan *medical record* RSUD Dr.Slamet Garut periode Oktober 2019 sampai Desember 2019 di ruang Topaz menunjukkan kejadian hernia inguinalis menempati urutan pertama dengan jumlah 101 kasus. Dengan lima penyakit terbesar diantaranya hernia inguinalis, Bening Prostat Hiperplasia, Soft Tissue Tumor , Appendiksitis , Illeus (Sumber : Data *Medical Record* RSUD Dr.Slamet Garut. 2019).

Salah satu penanganan untuk hernia inguinalis adalah pembedahan, yaitu mengembalikan usus ke tempat asal dan menutup lubang atau cincin hernia, sehingga tidak mengalami kekambuhan. Setelah dilakukan pembedahan menimbulkan beberapa masalah keperawatan diantaranya, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, gangguan rasa nyaman, resiko perdarahan, resiko infeksi. Penanganan yang dapat dilakukan untuk menangani nyeri akut dengan farmakologi dan non farmakologi, sedangkan untuk menangani ketidakseimbangan nutrisi yaitu makan sedikit tapi sering, gangguan nyaman yaitu dengan meningkatkan istirahat, resiko perdarahan dengan menghindari penekanan yang terlalu di area perlukaan, resiko infeksi dengan cara mengganti balutan. Masalah nyeri akut yang utama paling sering dirasakan oleh pasien karena adanya tindakan pembedahan dimana dilakukannya insisi

yang menimbulkan perlukaan sehingga terputusnya diskontuitas jaringan, dan merangsang pengeluaran histamine serta prostagladin yang menyebabkan timbul rasa nyeri (Nurarif & Kusuma, 2015). Hal ini dapat mengganggu dan menghambat aktivitas klien post operasi hernia inguinalis, sehingga perlu adanya penanganan nyeri.

Penatalaksanaan pasien dengan nyeri akut pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis bisa dengan teknik farmakologi yaitu dengan diberikannya analgetik untuk menurunkan intensitas nyeri. Sementara itu, penanganan nyeri melalui non farmakologi diantaranya adalah teknik relaksasi seperti nafas dalam, teknik distraksi seperti menonton tv, mendengarkan musik dan kompres hangat (Doengoes, Marilyn,,dkk, 2015). Teknik relaksasi nafas dalam adalah tindakan keperawatan yang biasanya diberikan kepada pasien post operasi hernia inguinalis. Karena, teknik relaksasi ini dapat membuat nyaman dan menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi hernia inguinalis (Vindora, Ayu, Pribadi, 2014).

Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu memberikan informasi tentang post operasi hernia inguinalis seperti manajemen nyeri, mobilisasi dini post operasi hernia, serta pentingnya perawatan luka post operasi hernia, dan secara kuratif memberikan pengobatan terkait pemulihan agar tidak terjadi komplikasi, sehingga diharapkan masalah ini dapat teratasi dengan baik.

Berdasarkan hasil data dan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien hernia inguinalis melalui

penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut “.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual dalam bentuk pendokumentasian.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Berupaya meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Perawat dapat menentukan diagnosa keperawatan, rencana tindakan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat bagi rumah sakit dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan tentang penata laksanaan asuhan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia

Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu mengenai asuhan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Nyeri Akut di ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. KONSEP PENYAKIT

2.1.1. Definisi Hernia

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

2.1.2. Konsep Anatomi Fisiologi

1) Anatomi Sistem Pencernaan

Susunan saluran pencernaan terdiri dari :

a. Intestinum Minor

1) Duodenum (usus 12 jari)

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

2) Jejunum (usus kosong)

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

3) Ileum (usus penyerapan)

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

(Muttaqin & Sari, 2013).

b. Intestinum Mayor

1) Seiku

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

2) Kolon Asendens (Naik)

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

3) Kolon Desendens (Mendatar)

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

4) Kolon Sigmoid (Turun)

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

2) Fisiologi Sistem Pencernaan

a. Usus halus

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

b. Eliminasi

Pengeluaran material dari saluran pencernaan disebut defekasi. Ruang rektum selalu kosong kecuali ketika menerima suatu kontraksi peristaltik dari kekuatan material feses yang keluar dari kolon sigmoid.

2.1.3. Etiologi

Hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya :

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

(Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.4. Manifestasi Klinis

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

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

2.1.5. Penatalaksanaan

Terdapat dua macam penanganan hernia :

1. Konservatif (Townsend CM)

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

a. Reposisi

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

b. Suntikan

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

c. Sabuk Hernia

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

2. Operatif

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap :

a. Herniotomy

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

b. Hernioraphy

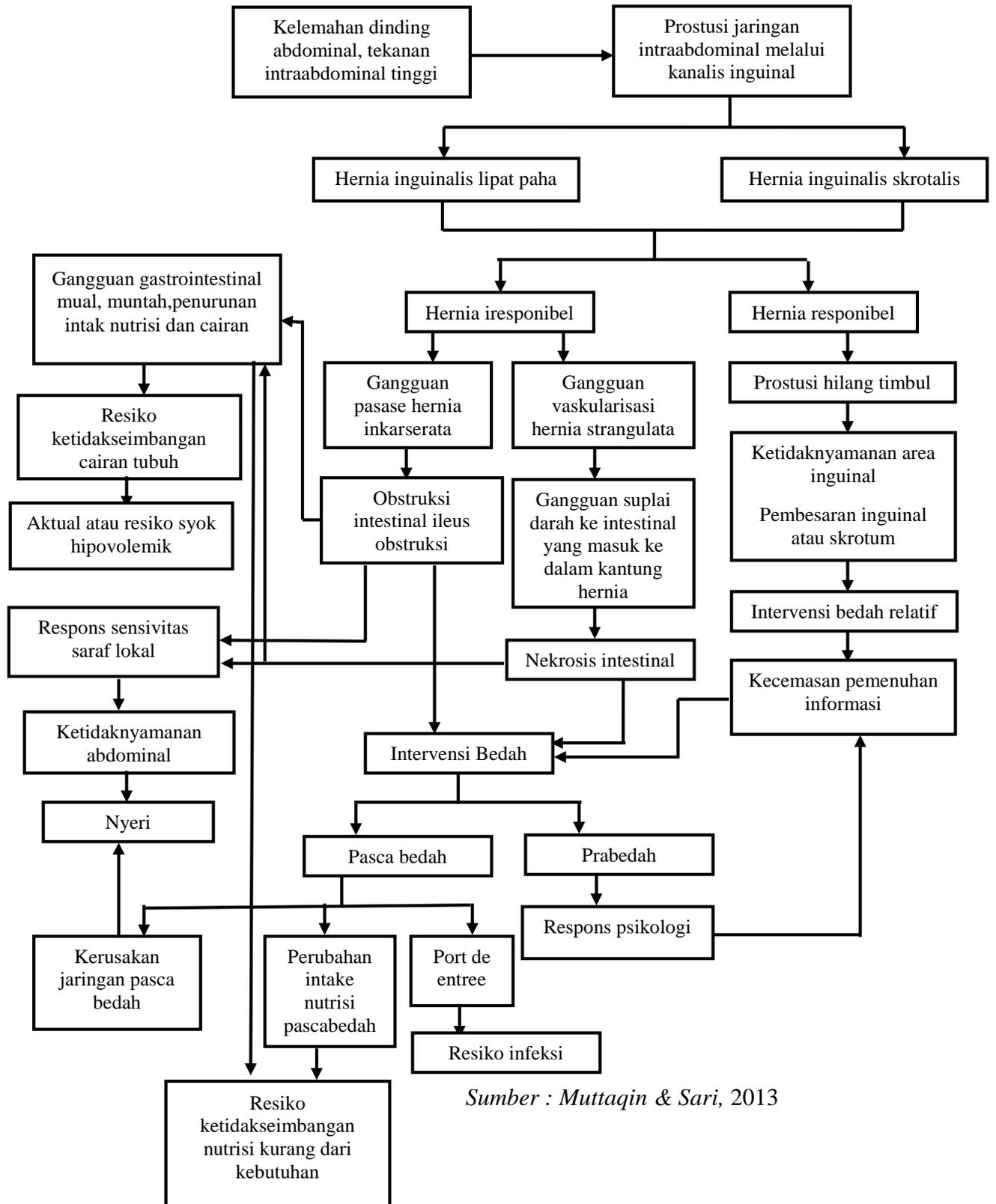
Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsensio di tuberculum pubicum)

c. Hernioplasty

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

2.1.6. Patofisiologi

Bagan 2.1
Patofisiologi



Sumber : Muttaqin & Sari, 2013

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

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

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

2.2. KONSEP HERNIORAPHY

2.2.1. Definisi Pembedahan

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

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

2.2.2. Definisi Hernioraphy

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

2.2.3. Komplikasi Post Operasi

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

2.3. KONSEP NYERI

2.3.1. Definisi Nyeri

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

2.3.2. Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri Akut

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

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

2. Nyeri Kronis

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

2.3.3. Etiologi Nyeri

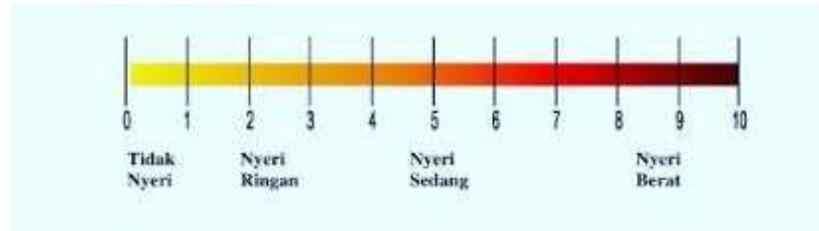
Proses terjadinya nyeri berkaitan dengan adanya stimulus dan reseptor yang menghantarkan nyeri munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus (rangsang) nyeri, stimulus-stimulus tersebut dapat berupa zat kimia, panas, listrik, serta mekanik. Stimulus-stimulus tersebut kemudian ditransmisikan dalam bentuk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

2.3.4. Skala Nyeri

1. Skala Nyeri Secara Numeric Dan Visual

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

Gambar 2.1
Skala Penilaian Numerik



Sumber : (Meliala & Suryamiharja, 2007)

Keterangan :

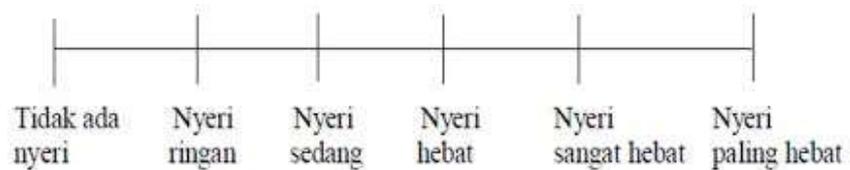
- a. 0 / tidak nyeri
- b. 1-3 / nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- c. 4-6 / nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyengir, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan nyeri, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- d. 7-9 / nyeri berat : secara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

2. Skala Deskriptif Verbal (SDV)

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

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

Gambar 2.2
Skala Nyeri Deskriptif Verbal



Sumber : (Potter & Perry, 2006)

3. Skala Nyeri Wajah

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

Gambar 2.3
Skala Nyeri Wajah



Sumber : wongbakerface.org

Keterangan :

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

2.4. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.4.1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Identitas pada klien yang harus diketahui diantaranya : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung jawab (Muttaqin & Sari, 2013).

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

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

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

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

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

d. Pola Aktivitas

1. Nutrisi

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

2. Eliminasi

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

3. Personal Hygiene

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

4. Istirahat Tidur

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

5. Aktivitas

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

e. Pemeriksaan Fisik

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

1. Sistem Pernafasan

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

2. Sistem Kardiovaskuler

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

3. Sistem Gastrointestinal

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

4. Sistem Endokrin

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

5. Sistem Persyarafan

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

6. Sistem Integumen

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

7. Sistem Muskuloskeletal

Pada hernia inguinal lateral biasanya post operasi secara umum tidak mengalami gangguan, tapi perlu dikaji otot ekstremitas atas dan bawah, dengan nilai kekuatan otot (0-5). Diperiksa juga apakah ada kekuatan pergerakan, atau keterbatasan gerak.

f. Pemeriksaan Psikologis

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

1) Status Emosi

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

2) Pola Koping

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

3) Konsep Diri

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

g. Data Psikologis

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

h. Data spiritual

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

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
3. Gangguan rasa nyaman
4. Resiko perdarahan
5. Resiko infeksi

(Nurarif & Kusuma, 2015).

2.4.3. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

Tabel 2.1
Intervensi Nyeri Akut

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

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

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

pengobatan nyeri
yang teratur

4. Evaluasi
efektifitas
sesudah
pemberian
analgesic

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

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

Tabel 2.2
Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Hasil | Intervensi | Rasional |
|---|--|--|---|
| Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik Batasan Karakteristik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebihan 8. Bising usus hiperaktif 9. Kurang makanan 10. Kurang informasi 11. Kurang minat | NOC <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutritional status : 2. Nutritional status : food and fluid 3. Intake 4. Nutritional status : nutrient intake 5. Weight control Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang | NIC Nutrition Management <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk menceah konstipasi 6. Berikan makanan yang terpilih (sudah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilihlah intervensi bergantung pada penyebab yang mendasari 2. Metode pemberian makan dan kebutuhan kalori ditentukan sesuai kebutuhan spesifik 3. Memantau keefektifan tercapai nutrisi 4. Memaksimalkan asupan zat gizi 5. Pertimbangkan pilihan individual dapat memperbaiki asupan diet. |

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

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

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

3. Gangguan rasa nyaman

Tabel 2.3
Intervensi Gangguan Nyaman

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

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

mengurangi
kecemasan
**Environment
management confort
pain management**

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

4. Resiko perdarahan

**Tabel 2.4
Intervensi Resiko Perdarahan**

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

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

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

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

5. Resiko infeksi

Tabel 2.5
Intervensi Resiko Infeksi

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

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

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

18. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015, Doengoes 2014

2.4.4. Implementasi Keperawatan

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

2.4.5. Evaluasi Keperawatan

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