

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
HERNIORAPHY ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS
LATERALIS* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
WIJAYA KUSUMA I RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) di Prodi DIII Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana Bandung

Oleh :

Muhammad Qiemas

AKX 17.058



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

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Qiemas

NIM : AKX.17.058

Prodi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Hernioraphy Atas*
Indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* Dengan Nyeri Akut Di Ruang
Wijaya Kusuma I RSUD CIAMIS

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 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 di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebut nama pengarang dalam daftar pustaka,
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidak benaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi imi.

Bandung, 29 Juni 2020



Muhammad Qiemas

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muhammad Qiemas
NPM : AKX.17.058
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D-III Keperawatan Anestesi Dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI HERNIORAPHY ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA I RSUD CIAMIS,

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

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

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

Bandung, 25 September 2020
Yang membuat pernyataan,



Muhammad Qiemas

Pembimbing I

Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02004020117

Pembimbing II

Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
NIK : 9904201658

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *HERNIORAPHY*
ATAS INDIKASI *HERNIA INGUNALIS LATERALIS* DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA I RSUD CIAMIS

OLEH
MUHAMMAD QIEMAS
AKX.17.058

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02004020117

Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
NIK : 9904201658

Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *HERNIORAPHY*
ATAS INDIKASI *HERNIA INGUNALIS LATERALIS* DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA I RSUD CIAMIS

OLEH
MUHAMMAD QIEMAS
AKX.17.058

Telah diuji
Pada Tanggal, Juni 2020
Panitia Penguji

Ketua :

Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)



Anggota :

1. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji I)
2. Drs. H. Rachwan Hermawan, BSc.,An.,M.Kes
(Penguji II)
3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners
(Pembimbing Pemdamping)



Mengetahui
Ketua Fakultas Keperawatan

Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK : 020007020132

ABSTRAK

Latar Belakang: *Hernia* merupakan penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya. Banyaknya angka kejadian hernia di RSUD Ciamis sepanjang tahun 2019 terdapat 46 kasus. Tindakan operasi *hernia* menyebabkan terjadinya diskontinuitas jaringan tubuh sehingga klien merasakan nyeri akut. **Tujuan:** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *hernioraphy* dengan nyeri akut RSUD Ciamis. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada kedua orang klien *hernioraphy* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien satu dan dua teratasi pada hari ke tiga. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama terhadap kasus *hernioraphy*, hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal meliputi arti nyeri, persepsi nyeri, toleransi nyeri, dan reaksi terhadap nyeri. Untuk itu perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada klien. **Saran:** Pemberian terapi musik dan nafas dalam, pada pasien post operasi efektif terhadap penurunan skala nyeri. Diharapkan rumah sakit mampu mengaplikasikan terapi musik dan nafas dalam untuk menurunkan nyeri pasca operasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Hernioraphy*, Nyeri Akut
Daftar Pustaka : 10 Buku (2010-2018), 2 Jurnal (2014), 2 Website

ABSTRACT

Background: *Hernia* is a protrusion in the abdominal wall or from the abdominal cavity to other cavities. Many incidence hernia in public hospitals Ciamis throughout 2019 there were 46 cases. The act of operation of hernia caused changes continuity body tissues that acute pain. **Research Purpose:** Implement clients nursing care public hospital Ciamis *hernioraphy* acute pain. **Method:** Case study is to explore problems / phenomena with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was carried out on two *hernioraphy* clients with acute pain in Room Wijaya Kusuma I Hospital Ciamis. **Results:** After nursing care is done by providing nursing intervention, the nursing acute pain in the case of one and two can be reduced on the third day. **Discussion:** Patient with acute pain nursing problem do not always have the same response every *hernioraphy*, this is influenced by several things including the meaning of pain, pain perception, pain tolerance, and reaction to pain. For that, nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems to clients. **Suggestion:** Administration of music and deep breathing therapy in postoperative patients is effective against decreasing pain scale. The hospital is expected to be to apply music therapy and deep breathing therapy in reducing postoperative pain.

Keywords : *Hernioraphy*, Acute Pain, Nursing Care
Bibliography : 10 Books (2010-2018), 2 Journals, 2 Website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat 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 Operasi Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis” 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.A Mulyana, SH.,M.Pd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku ReKtor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners, selaku pembimbing pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyani, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Vera Abriyanti S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Wijaya Kusuma 1 yang telah memberikan bimbingan, asuhan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh staf dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana.
10. Ayahanda Tamsil, S.E, ibunda Ernawati, adikku tercinta Siti Faiqah dan M Nur Alam, serta keluarga besar H. Nasiri.
11. Ravi Oktapyani Lestari yang selalu memberikan dukungan serta bersedia mendengarkan keluh kesah penulis.
12. Para senior dan sahabatku Ramdhan, Eka, Lukman, Riath, Fauzan, Ardi, Yosi, Devi, Septy, Winda serta teman-teman seperjuangan anestesi 13
13. Difa Alfansa yang membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.

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

Bandung, 29 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Singkatan	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tinjauan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	19
2.3 Konsep Nyeri	40
BAB III METODE PENELITIAN	45
3.1 Desain Penelitian	45
3.2 Batasan Istilah	45
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian	46
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	47
3.5 Pengumpulan Data	47
3.6 Uji Keabsahan Data	48
3.7 Analisa Data	49

3.8 Etika Penelitian	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	55
4.1 Hasil	55
4.2 Pembahasan	82
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	93
5.1 Kesimpulan	93
5.2 Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Nyeri Akut	27
Tabel 2.2	Intervensi Ketidak Seimbangan Nutrisi	31
Tabel 2.3	Intervensi Gangguan Rasa Nyaman Resiko Pendarahan	33
Tabel 2.4	Intervensi Resiko Pendarahan	34
Tabel 2.5	Intevensi Resiko Infeksi	36
Tabel 4.1	Identitas Klien	56
Tabel 4.2	Identitas Penanggung Jawab	56
Tabel 4.3	Riwayat Kesehatan	57
Tabel 4.4	Perubahan Aktivitas	58
Tabel 4.5	Pemeriksaan Fisik	59
Tabel 4.6	Pemeriksaan Psikologi	63
Tabel 4.7	Hasil Pemeriksaan Diagnostik	65
Tabel 4.8	Program dan Rencana Pengobatan	65
Tabel 4.9	Analisa Data	66
Tabel 4.10	Diagnosa Keperawatan	68
Tabel 4.11	Intervensi	71
Tabel 4.12	Implementasi	75
Tabel 4.13	Evaluasi	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Hernia	9
Gambar 2.2 Anatomi Hernia Inguinalis Indirect dan Direct	10
Gambar 2.3 Skala Visual Analog (VAS)	42
Gambar 2.4 Numerical Rating Scales (NRS)	43

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
Cm	: Sentimeter
CRT	: Capillary Rapid Time
DM	: Diabetes Militus
GCS	: Glaslow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
IASP	: Association For The Study Of Pain
IV	: Intra Vena
N	: Nadi
NRS	: Numeric Rating Scale
RR	: Respirasi
ROM	: Range Of Motion
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
TTV	: Tanda-Tanda Vital
TPM	: Tetes Per Menit
VAS	: Visual Analogue Scale

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hernia	15
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	: Lembar Bimbingan
LAMPIRAN II	: Lembar Perstujuan Paritsipan
LAMPIRAN III	: Persetujuan Juatifikasi
LAMPIRAN IV	: Leaflet
LAMPIRAN V	: Lembar Observasi
LAMPIRAN VI	: Satuan Acara Penyuluhan
LAMPIRAN VII	: Leaflet
LAMPIRAN VIII	: Jurnal
LAMPIRAN VIII	: Catatan Revisi
LAMPIRAN IX	: Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir KTI
LAMPIRAN X	: Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Hernia merupakan penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul atau *pelvis*, dada atau *toraks*) yang dilapisi selaput dinding perut (*peritoneum*) menonjol, melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus, atau organ perut lainnya (Handaya, 2017).

Hernia menurut sifatnya terdiri dari *hernia roponible* dan *hernia ireponible*. *Hernia reponibel* sendiri bila isi hernia bisa keluar masuk. Usus keluar bila berdiri atau mengedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus. Sedangkan *hernia ireponible* yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga, ini biasanya terjadi karena pelengketan isi kantong pada *peritoneum* kantong *hernia*. *Hernia* sendiri terdiri dari 7 macam, yaitu: *hernia hiatal*, *hernia epigastrik*, *hernia umbilical*, *hernia inguinalis*, *hernia inguinalis femoraslis*, *hernia insisional*, dan *hernia nucleus pulposi*. *Hernia inguinalis* adalah *hernia* yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di slangkangan atau *skrotum*. *Hernia inguinalis* biasanya terjadi ketika dinding *abdomen* berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada dibawah perut

benjolan lembut, kecil, anda mungkin terkena *hernia* ini, *hernia* tipe sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Nufarif & Kusuma, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, penderita *hernia* tiap tahunnya meningkat. Didapatkan data pada dekade tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita *hernia* segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12.7%) dengan penyebaran yang paling banyak adalah di daerah negara-negara berkembang seperti Afrika, Asia tenggara termasuk Indonesia. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015 di Indonesia sendiri kasus *hernia* menempati urutan ke delapan dengan jumlah 291.145 kasus. Untuk di Jawa Barat mayoritas penderita *hernia* selama bulan Januari - Desember 2015 diperkirakan berjumlah 425 kasus. Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis menurut rekam medik sepanjang tahun 2019 terdapat 46 jumlah kasus.

Menurut Aat (2018) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada penderita *hernia* yaitu penanganan konservatif dan terapi operatif. Tiga jenis operasi yang dapat dilakukan yaitu *hernioraphy*, *herniotomi*, dan *hernioplasty*. Dampak jika *hernia* tidak dilakukan operasi akan semakin membesar dan berhentinya pasokan darah ke usus dan menyebabkan kematian jaringan serta kerusakan permanen. Tindakan operatif dilakukan dengan melakukan insisi pada tubuh sehingga tubuh memerlukan waktu untuk penyembuhan luka, fase awal penyembuhan luka ini biasanya timbul dengan masalah nyeri.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien *post* operasi *hernioraphy* adalah nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah, gangguan rasa nyaman, resiko pendarahan, dan resiko infeksi (Nurarif & Kusuma, 2015). Diantara lima diagnosa keperawatan nyeri merupakan masalah yang paling krusial terjadi pada pasien *post* operasi *hernioraphy*, nyeri *post* operasi disebabkan oleh adanya rangsangan mekanik akibat terjadinya kerusakan jaringan akibat prosedur pembedahan yaitu adanya luka insisi, rangsangan nyeri dapat mengaktivasi katekolamine dalam jumlah banyak sehingga dapat mempengaruhi kerja sistem kardiovaskuler dengan meningkatkan tekanan darah dan nadi. Akibat tekanan darah dan nadi yang meningkat dapat menyebabkan ketidak stabilan hemodinamik dan dapat menyebabkan perfusi oksigen berkurang, serta dapat memperlambat proses penyembuhan (Merry dan Andrian, 2018).

Perawat sangat dibutuhkan sebagai tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan komprehensif yang mencakup bio-psiko-sosial-spiritual. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk mengelola masalah nyeri yang sering timbul pada pasien setelah mengalami pembedahan, dengan memberikan manajemen nyeri pasca bedah. Rencana tindakan yang dapat disusun untuk penanganan nyeri antara lain *pain management*: Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi,

observasi reaksi non verbal dari ketidak nyamanan, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal), evaluasi keefektifan kontrol nyeri. *Analgesic Administration*: Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi, cek riwayat alergi, tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal, kemudian evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (NIC-NOC, 2015).

Dari uraian diatas dijelaskan bahwa sebagian besar tindakan post operasi pada pasien dengan kasus *hernia* dapat menimbulkan rasa nyeri, apa bila rasa nyeri tidak diatasi maka akan memperlambat proses penyembuhan. Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien *Post Operasi Hernioraphy* atas indikasi *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis 2020?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memperoleh pengalaman yang nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan proses keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

Dalam penulisan Kayra Tulis Ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.

- e. Melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien *post* operasi *hernioraphy* atas indikasi *hernia inguinalis lateralis* dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan tentang klien *post* operasi *hernioraphy* dengan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi Profesi Perawat

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi dalam perawatan klien *post* operasi *hernioraphy* dan hasil keperawatan ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien *post* operasi *hernioraphy*.

- b. Bagi Rumah Sakit

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *post* operasi *hernioraphy* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

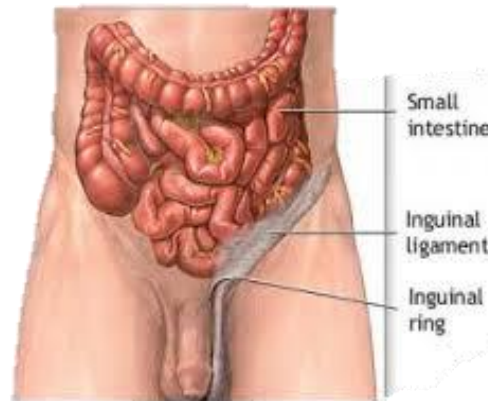
2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Hernia

Hernia merupakan penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul atau *pelvis*, dada atau *toraks*) yang dilapisi selaput dinding perut (*peritoneum*) menonjol, melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus, atau organ perut lainnya (Handaya, 2017).

Hernia inguinalis adalah *hernia* yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di slangkangan atau *skrotum*. *Hernia inguinalis* biasanya terjadi ketika dinding *abdomen* berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada dibawah perut benjolan lembut, kecil, anda mungkin terkena *hernia* ini, *hernia* tipe sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Nufarif & Kusuma, 2015).

2.1.2 Anatomi Hernia

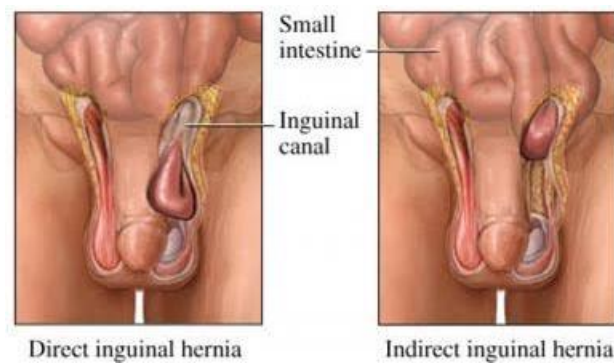


Gambar 2.1 Anatomi Hernia
Sumber : (Mutaqin dan Sari 2013)

Secara anatomi, *anterior* dinding perut terdiri atas otot-otot *multilaminar*, yang berhubungan dengan *aponeurosis*, fascia, lemak, dan kulit. Pada bagian *lateral*, terdapat tiga lapisan otot dengan fascia oblik yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan *aponeurosis*. Otot tranversus abdominalis adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah *hernia inguinalis*. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeuroti tranversus abdominalis sebagai tepi atas cincin inguinalis internal dan diatas dasar medial kanialis inguinalis. Ligementum inguinalis menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS (*Spina iliaca anterior superior*). Kanalis inguinalis dibatasi di kranioleteralis oleh annulus inguinalis internus yang merupakan bagian medial bawah, diatas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh annulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis musculus oblikus eksternus. Bagian atas

terdapat aponeurosis muskulus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligmen inguinalis (Mutaqin dan Sari, 2013).

2.1.2.1 Anatomi Hernia Inguinalis



Gambar 2.2 Anatomi Hernia Inguinalis Indirect dan Direct
Sumber : (Yudha, 2011)

Hernia Inguinalis dibagi dua macam :

a. *Hernia Inguinalis Indirect*

Hernia Inguinalis Indirect atau biasa disebut juga *hernia inguinalis lateralis* yaitu batang usus melewati cincin *abdomen* dan mengikuti saluran sperma masuk kedalam *kanalis inguinalis*.

b. *Hernia Inguinalis Direct*

Batang Usus melewati dinding *inguinalis* bagian *posterior* (Dermawan & Rahayu, 2010).

2.1.3 Klasifikasi

Berikut macam-macam *hernia* berdasarkan letaknya menurut Handaya (2017):

- a. *Hernia inguinalis* adalah *hernia* yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di slangkangan atau skrotum. *Hernia inguinalis* biasanya terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada dibawah perut benjolan lembut, kecil, anda mungkin terkena *hernia* ini, *hernia* tipe sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan.
- b. *Hernia inguinalis femoralis*, muncul sebagai tonjolan pada pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria.
- c. *Hernia Insisional* dapat terjadi melalui pasca operasi perut. *Hernia* ini muncul disekitaran pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.
- d. *Hernia Umbilicalis*, berkembang didalam disekitar umbilicus (pusar) yang disebabkan bukan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya. Orang jawa biasanya menyebutnya “wudel bodong”. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), *hernia* jenis ini biasanya meutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.
- e. *Hernia Epigastric* yaitu penonjolan isi perut yang letaknya antara pusar dengan batas bawah tulang rusuk, terletak antara bagian bawah perut, berisi jaringan lemak jaringan berisi usus, biasanya tidak nyeri dan benjolan sulit didorong masuk kembali.

- f. *Hernia Hiatal* adalah kondisi di mana kerongkongan (pipa tenggorokan turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (toraks).
- g. *Hernia nucleus pulposi* (HNP) adalah *hernia* yang melibatkan cakram tulang belakang. Di antara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap goncangan cakram dan meningkatkan elastistas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus intervertebralis yang menyebabkan saraf terjepit (*sciatica*). NHP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.

Berdasarkan sifatnya menurut Nufarif & Kusuma (2015):

- a. *Hernia reponibel/reducible* yaitu bila isi *hernia* bisa keluar masuk. Usus keluar bila berdiri atau mengedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- b. *Hernia Ireponible* yaitu bila isi kantong *hernia* tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga, ini biasanya terjadi karena pelengketan isi kantong pada peritoneum kantong *hernia*. *Hernia* ini biasa disebut *hernia akreta*, tidak ada rasa nyeri atau sumbatan usus.
- c. *Hernia strangulate* atau *inkarserata* yaitu bila isi *hernia* terjepit oleh cincin *hernia*. *Hernia inkarserata* berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vakularisasi. Secara klinis “*hernia inkarserata*”

lebih di maksudkan untuk *hernia irreponible* dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai “*hernia strangulata*”. *Hernia strangulate* mengakibatkan *nekrosis* dari isi *abdomen* di dalamnya karena tidak mendapatkan darah akibat pembuluh pemasokannya terjepit. *Hernia* jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapatkan pertolongan segera.

2.1.4 Etiologi

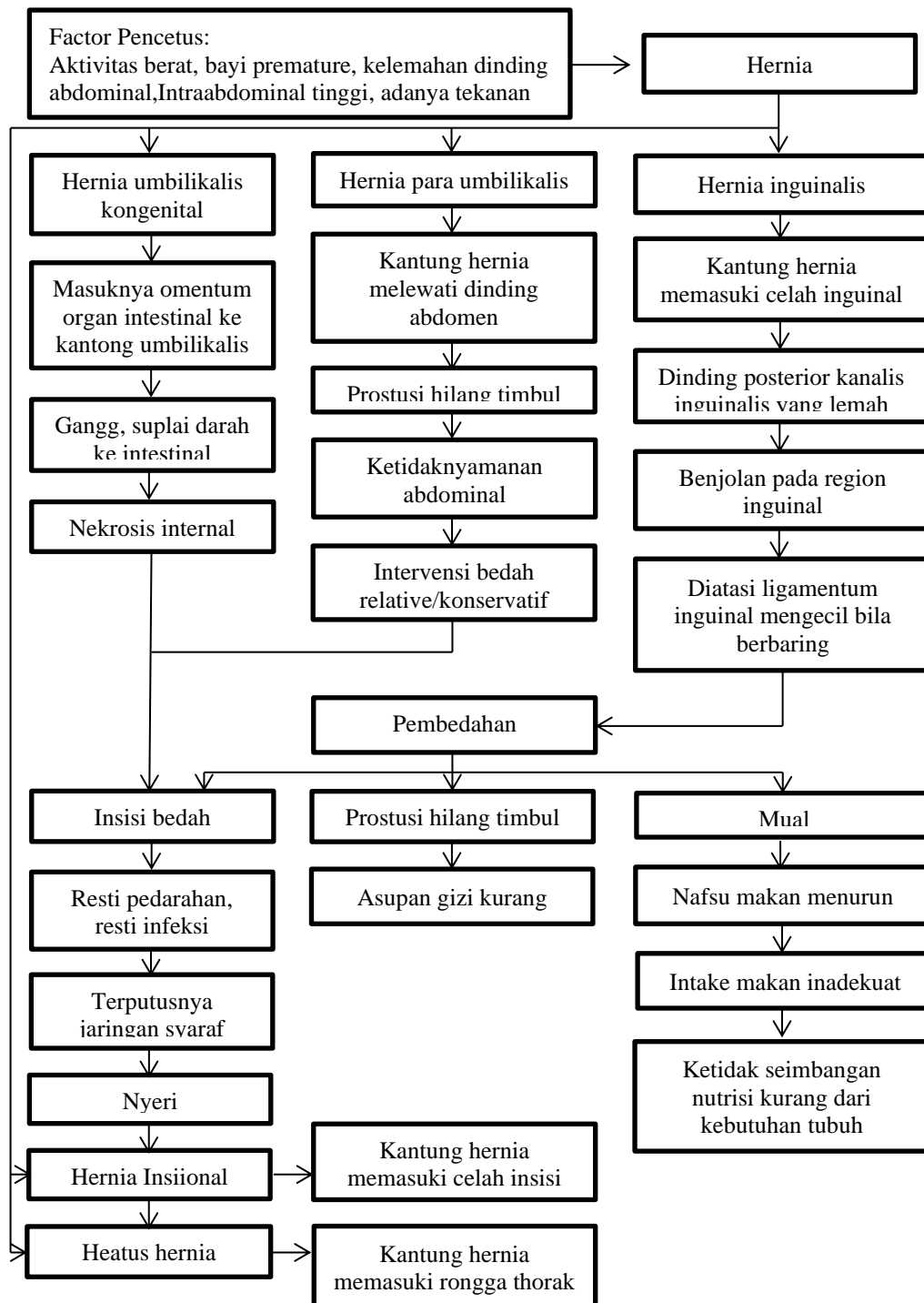
Menurut Dermawan dan Rahayu (2010):

- a. Kelemahan *abdomen*
- b. Peningkatan tekanan intra *abdomen*
- c. Bawaan sejak lahir
- d. Kebiasaan membawa beban yang berat
- e. Batuk
- f. Kegemukan
- g. Terlalu mengejan buang air besar/kecil
- h. Terdapat cairan di rongga perut
- i. Penyakit paru obstruksi kronik
- j. Riwayat keluarga ada penderita *hernia*.

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 kuat ataupun perpindahan usus ke daerah otot *abdominal*. Tekanan yang berlebihan pada daerah *abdominal* tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan oleh dinding *abdominal* yang tipis atau tidak cukup pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak proses perkembangan yang cukup lama. Pertama terjadi keruskan yang sangat kecil pada dinding *abdominal*, kemudian terjadilah *hernia*. Insiden *hernia* terjadi karena penambahan umur karena meningkatnya penyakit yang meninggikan tekanan *intra abdomen* dan jaringan penunjang berkurang kekuatannya. Biasanya *hernia* pada orang dewasa terjadi karena usia lanjut, karena bertambahnya usia maka akan terjadi pelemahan rongga otot. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada usia lanjut kanalis itu telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan *locus minorsresistence*, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan *intra abdomen* meningkat seperti batuk-batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat beban yang berat, dan mengejan. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul *hernia inguinalis lateralis* karena terdorong sesuatu jaringan tubuh dan keluar karena efek tersebut.

Bagan 2.1 Pathway Hernia



Sumber : (Nuraruf & Kusuma, 2015)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Nuraruf & Kusuma (2015):

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi *hernia inguinalis strangulate* perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.
- e. *Hernia femoralis* kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (dysuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. *Hernia diafragmatika* menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) :

1) Konservatif (Townsend CM)

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang atau mempertahankan isi *hernia*

yang telah direposisi. Bukan merupakan tindakan definitive sehingga dapat kambuh kembalali. Terdiri atas :

a. Reposisi

Reposisi merupakan suatu usaha untuk mengembalikan isi *hernia* kedalam *cavum peritonii* atau *abdomen*. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan *hernia reoinibilis* dengan cara memakai kedua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada *hernia inguinalis strangulate* kecuali pada anak-anak.

b. Suntikan

Dilakukan penyuntikan dengan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin didaerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu *hernia* mengalami *sclerosis* atau penyempitan sehingga isi *hernia* keluar dan *cavum peritonii*.

c. Sabuk *Hernia*

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

2) Operatif

Operatif merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada : hernia reponibilis, hernia irreponibilis, hernia strangulasi, hernia incarcerated. Operasi hernia yang dilakukan :

a. *Herniotomy*

Membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke *cavum peritonii*.

b. Hernioraphy

Mulai dari mengangkat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint, tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.tranversus abdominalis yang berinsersio dan tuberculum pubicum).

c. Hernioplasty

Menjahit conjoint tendon pada ligementum inguinale agar LMR hingga/ tertutup hingga dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot.

Operasi *hernia* pada anak dilakukan tanpa *hernioplasty*, dan dibagi dengan dua cara yaitu: pada anak kurang dari 1 tahun :menggunakan teknik Michele benc, sedangkan pada anak berusia lebih dari 1 tahun menggunakan teknik POTT.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Nurarif & Kusuma (2015) :

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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Langkah-langkah pengkajian meliputi :

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada pengkajian dilakukan dengan cara sistematis, meliputi data fisik, psikologi, sosialkultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup. Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnostik, serta review catatan sebelumnya.

Pengumpulan data dimulai dari :

a. Biodata

Biodata terdiri atas identitas klien dan identitas penanggung jawab

1. Identitas Klien

Identitas Klien meliputi pengkajian nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, tanggal/rencana operasi, no medrec, diagnose medis, dan alamat.

2. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

2) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk Rumah Sakit

Menurut Mutaqin & Sari (2013) pada pasien hernia inguinalis lateral keluhan utama yang menyebabkan pasien diawa ke rumah sakit yang didapatkan adalah benjolan pada lipat paha atau nyeri hebat pada abdomen.

b. Riwayat Kesehatan Saat Di Kaji

Keluhan utama yang biasanya dirasakan pada pasien post operasi hernioraohy adalah nyeri akut, mual muntah (Nurarif & Kusuma, 2015). Keluhan Utama pada saat dikaji, didapatkan dari hasil pengkajian saat itu juga dan menggunakan metode P (*Provokativ atau paliatif*), Q (*Quality*), R (*Region*), S (*Scale*), T (*Timing*)

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita *hernia*, keluhan pada masa kecil, *hernia* dari organ lain, dan penyakit lain yang memperberat *hernia* seperti diabetes militus. Biasanya ditemukan riwayat penyakit menahun seperti: Penyakit Obstruksi Kronik, dan *Benigna Prostat Hiperplasia*.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Secara patologi *hernia* tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai *factor predisposisi* didalam rumah.

3) Aktivitas Sehari – hari

Pada aspek ini pengkajian aktivitas sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, istirahat tidur, pola personal hygiene, dan aktivitas saat di rumah maupun di rumah sakit.

a. Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai makan dan minuman klien saat di rumah maupun di rumah sakit, dengan mengkaji frekuensi makan dan minum, jenis makanan dan minuman, porsi makanan, jumlah minuman dan keluhan yang dialami. Untuk pasien post operasi *hernioraphy* keluhan yang sering muncul seperti mual dan muntah, nafsu makan buruk atau anoreksia.

b. Pola Eliminasi

Pada aspek ini dikaji mengenai BAB dan BAK klien saat di rumah maupun di rumah sakit, dengan mengkaji frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Pada pasien post operasi *hernioraphy* keluhan yang biasanya muncul pada pola eliminasi biasanya ditemukan ketidak mampuan defesaksi dan flatus.

c. Istirahat Tidur

Pada aspek ini dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji kuantitas tidur siang maupun malam dan keluhan tidur yang dialami. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami gangguan tidur karena nyeri.

d. Pola Personal Hygine

Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien tidak dapat melakukan personal hygine

e. Aktivitas

Pada aspek ini dikaji mengenai kegiatan aktivitas yang dilakukan dilingkungan dilingkungan keluarga dan dirumah sakit, dilakukan secara mandiri atau tergantung. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami keterbatasan gerak.

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah data penunjang untuk menemukan kebutuhan klien. Pengkajian ini digunakan untuk memperoleh data objektif. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inpeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem.

a. Sistem pernafasan

Klien post operasi hernia inguinalis akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

b. Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis, dan aulkultasi bunyi jantung.

c. Sistem Pencernaan

Sebelum operasi terdapat benjolan dilipat paha yang muncul pada waktu berdiri, batuk, bersin atau mencedakan, dan menghilang setelah berbaring, sesudah di operasi saat di inspeksi akan tampak adanya luka operasi di abdomen bekas sayatan operasi dan juga nyeri pada luka operasi. Pada saat di aulkultasi terjadi penurunan bising usus.

d. Sitem Perkemihan

Awal post operasi klien klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya intake oral selama periode awal post operasi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

e. Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

f. Sistem Integumen

Akan tampak adanya luka operasi di abdomen karena insisi bedah disertai kemerahan (biasanya pada awitan awal). Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

g. Sistem Persyarafan

Umumnya klien dengan post operasi hernioraphy tidak mengalami penyempitan dalam fungsi persyarafan. Pengkajian fungsi persyarafan meliputi: Tingkat kesadaran, saraf kranial, dan reflek.

h. Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: Bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

i. Sistem Endokrin

Bising kelenjar tiroid menunjukkan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid.

h. Sistem penglihatan

Pada sistem penglihatan perlu dikaji kesimetrisan mata kanan dan kiri, edema atau tidak, konjungtiva, sklera, serta gangguan visus.

5) Data Psikologis

Data Psikologis meliputi status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri.

6) Data Sosial

Data Sosial klien dilihat saat hubungan interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar saat sakit interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan sekitar.

7) Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, serta keterbatasan dalam beribadah.

8) Data Penunjang

Data penunjang merupakan prosedur-prosedur yang didalamnya terdapat prosedur diagnostic dan lab yang dijalani klien. Hasil pemeriksaan ditulis termasuk nilai rujukan, pemeriksaan terakhir berturut-turut dan berhubungan dengan kondisi pasien.

9) Program Dan Rencana Pengobatan

Terapi yang di berikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu, dan bagaimana cara pemberian obat tersebut.

10) Analisa

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa data, data yang sudah dikelompokkan tadi di analisa sehingga diambil kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan penyebab, yang dapat dirumuskan dalam bentuk diagnose keperawatan meliputi actual, potensial dan kemungkinan.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Nurarif & Kusuma (2015):

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.

Tabel 2.1
Intervensi Nyeri Akut

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri Akut	NOC	NIC	
	❖ Pain Level	- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi	- Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar untuk pembandingan dan evaluasi terhadap terapy (Sumber Doengus, 2018).
	❖ Pain Control	- Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.	- Bahasa tubuh/ petunjuk non verbal dapat secara psikologi dan fisiologik dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/berat nya masalah (Sumber Doengus, 2018).
	❖ Comfort Level	- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien	- Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan (Sumber Doengus, 2012).
	Kriteria Hasil :		
	❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	- Informasi ini menentukan data dasar kondisi pasien dengan memadu intervensi keperawatan. (Sumber Doengus, 2012).
	❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri	- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	- Penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan keterlibatan pasien. Penggunaan teknik
	❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan frekuensi)		
	❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang		

		efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa control dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang (Sumber Doengus, 2014).
-	Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidak efektifan control nyeri masa lampau	- Memahami kaprahan dan lokasi nyeri, membantu untuk menentukan upaya kontrolnyeri cepat (Sumber Doengus, 2014).
-	Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	- Informasi ini menentukan tindakan selanjutnya (Sumber Doengus, 2012).
-	Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	- Untuk meningkatkan manajemen nyeri dan farmakologi (Sumber Doengus, 2012).
-	Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)	- Membantu klien istirahat dan membantu memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan (Sumber Doengus, 2012).
-	Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	- Menentukan data dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Sumber Doengus, 2012).
-	Ajarkan tentang teknik non farmakologi	- Dapat menurunkan intensitas nyeri serta memfokuskan perhatian selain nyeri untuk mencapai relaksasi penuh (Nur Intan, 2014).
-	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	- Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian

-
- Tingkatkan istirahat - berkelanjutan diperlukan untuk evaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan kesembuhan (Sumber Doengus, 2012).
 - Tingkatkan istirahat - Mengurangi ketegangan otot meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan coping (Sumber Doengus, 2012).
 - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. - Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan suatu komplikasi, memerlukan evaluasi dan intervensi yang cepat dan tepat (Sumber Doengus, 2012).

Analgesic

Administration

- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Mengenal dan memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan (Sumber Doengus, 2018).
 - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian obat ke pasien (Sumber Doengus 2018).
 - Cek riwayat alergi - Mengetahui adanya alergi (Sumber Doengus, 2018).
 - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu. - Nyeri berat atau lama dapat meningkatkan syok dan lebih sulit hilangnya, memerlukan dosis lebih besar yang dapat menderasi masalah (Sumber Doengus, 2018).
 - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan - Nyeri bervariasi dari ringan sampai keberat analgetik
-

<p>beratnya nyeri</p> <p>- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</p> <p>- Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>- Monitor <i>vital sign</i> sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p> <p>- Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri</p> <p>- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala</p>	<p>pemulih adekut (Sumber Doengus, 2018).</p> <p>- Meminimalkan resiko yang tidak diinginkan dari pemberian analgetik (Sumber Doengus, 2018).</p> <p>- Pemberian analgetik diinjek secara langsung ke IV atau Im biasanya biasanya lebih adekuat dan efektif (Sumber Doengus, 2018).</p> <p>- Mengetahui tanda vital dalam batas normal dan dapat diberikan analgetik (Sumber Doengus, 2018).</p> <p>- Membantu meredakan nyeri akut atau hebat (Sumber Doengus, 2018).</p> <p>- Mengetahui efektifitas analgetik dalam menangani nyeri (Sumber Doengus, 2018).</p>
---	---

- b. Intervensi Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.

Tabel 2.2
Intervensi Ketidak Seimbangan Nutrisi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
	❖ Nutritional Status :	Nutrition Management	
	❖ Nutritional Status : food and Fluid Intake	- Kaji adanya alergi makanan	- Mengetahui adanya alergi makanan untuk keamanan pemberian makanan (Sumber Doengus, 2012).
	❖ Intake		
	❖ Nutritional Status: nutrient Intake	- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.	- Untuk mengetahui jumlah kebutuhan kalori yang dibutuhkan pasien (Sumber Doengus, 2012).
	Kriteria Hasil :		
	❖ Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	- Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	- Mencegah terjadinya kekurangan atau kelebihan intake output (Sumber Doengus, 2012).
	❖ Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan		
	❖ Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	- Mengidentifikasi dan menganjurkan mengungkapkan pilihan makanan (Sumber Doengus, 2012).
	❖ Tidak ada tanda-tanda malnutrisi		
❖ Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan	- Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	- Makanan ringan yang padat gizi sebagai makanan sampingan yang mampu mempertahankan gizi adekuat (Sumber Doengus, 2012).	
❖ Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti			
		- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.	- Mengajarkan klien keterlibatannya memahami untuk kebutuhan nutrisi (Sumber Doengus, 2012).
		- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	- Dengan pengetahuan yang baik tentang nutrisi akan memotivasi (Sumber Doengus, 2012). kebutuhan nutrisi.

-
- Nutrition Monitoring**
- BB pasien dalam batas normal
 - Untuk membantu perubahan atau penurunan BB (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor adanya penurunan berat badan
 - Membantu dalam identifikasi malnutrisi, protein, khususnya bila berat badan berkurang (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor lingkungan selama makan
 - Lingkungan yang bersih dan nyaman dapat meningkatkan selera makan (Sumber Doengus, 2012).
 - Jadwalkan pengobatan dan perubahan pigmentasi
 - Tidak menjadwalkan apapun saat klien makan (Sumber Doengus, 2012)
 - Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
 - Dehidrasi dapat mempengaruhi kondisi kulit (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor turgor kulit
 - Turgor kulit menentukan apakah kulit dehidrasi atau tidak (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor mual dan muntah
 - Meminimalkan anoreksia dan mengurangi iritasi gaster (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
 - Memantau pemeriksaan lab untuk selalu keadaan normal (Sumber Doengus, 2012).
 - Monitor kalori dan intake nutrisi
 - Dapat menentukan dan mengidentifikasi masalah untuk meningkatkan intake nutrisi (Sumber Doengus, 2012).
-

c. Intervensi Gangguan Rasa Nyaman

Tabel 2.3

Intervensi Gangguan Rasa Nyaman

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan rasa nyaman	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anxiety ❖ Fear level ❖ Sleep Deprivation ❖ Comfort, Readines for Enchanced <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mampu mengontrol kecemasan ❖ Status lingkungan yang nyaman ❖ Mengontrol nyeri ❖ Kualitas tidur dan istirahat adekuat ❖ Agresi pengendalian diri ❖ Respon terhadap pengobatan ❖ Control gejala ❖ Status kenyamanan meningkat ❖ Dapat mengontrol ketakutan ❖ Support social ❖ Keinginan untuk hidup 	<p>NIC</p> <p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pendekatan yang menenangkan - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - Dorong keluarga untuk menemani anak - Dengarkan dengan penuh perhatian - Identifikasi tingkat kecemasan - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi - Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi - Berikan obat untuk mengurangi kecemasan 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan kenyamanan pasien yang bisa meminimalkan kecemasan. - Mrmbantu pasien untuk berperilaku positif, mengurangi kecemasan. - Meningkatkan sikap koperatif dan mengurangi kecemasan dengan melibatkan pasien. - Meningkatkan nyaman pasien sehingga dapat mengurangi kecemasan. - Kehadiran keluarga dapat mengurangi rasa cemas. - Agar pasien merasa diterima - Mengetahui tingkat kecemasan pasien - Untuk mengetahui pemicu rasa cemas dan dapat ditentukan tindakan yang dilakukan. - Mengetahui apa yang diungkapkan pasien dari rasa kecemasan yang dialami. - Diharapkan dapat mencapai rasa relaksasi penuh. - Untuk Mengurangi rasa kecemasan pasien.

d. Intervensi Resiko Perdarahan

Tabel 2.4

Intervensi Resiko Perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Perdarahan	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Blood severity lose ❖ Blood koagulation <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak ada hematuria dan hematemesis ❖ Kehilangan darah yang terlihat ❖ Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole ❖ Tidak ada perdarahan pervagina ❖ Tidak ada distensi abdominal ❖ Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal ❖ Plasma, PT, PTT dalam batas normals 	<p>NIC</p> <p>Bleeding precautions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan - Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan - Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit - Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif - Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma) - Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan pada TD denyut nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar kehilangan darah. TD kurang dari 90 mmHG dan denyut nadi lebih dari 110 menandakan penurunan volume 5-35% atau kira-kira 1000 mL hipotensi postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi. (Sumber Doengus, 2012). - Untuk mengetahui kondisi nilai Hb dan Ht pasein seblum terjadi pendarahan. (Sumber Doengus, 2012). - Mendeteksi perubahan pembekuan darah (Sumber Doengus, 2012). - Mengurangi kemungkinan cedera meskipun aktivitas perlu dipertahankan (Sumber Doengus, 2012). - Transfusi dapat diberikan pada kejadian pendarahan persistem atau masih (Sumber Doengus, 2012). - Mengurangi cedera tidak sengaja yang dapat menyebabkan pendarahan (Sumber Doengus, 2012).

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant | <ul style="list-style-type: none"> - Medikasi ini mengurangi argensi trombosit sehingga memperpanjang proses kogulasi dan kemudian dapat menyebabkan iritasi lambung lebih lanjut sehingga dapat meningkatkan resiko pendarahan (Sumber Doengus, 2012). |
|---|--|

Bleeding reduction

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab pendarahan | <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi (Sumber Doengus, 2012). |
| <ul style="list-style-type: none"> - Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik | <ul style="list-style-type: none"> - Untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi (Sumber Doengus, 2012) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status cairan yang berkaitan dengan intake dan output | <ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui keadaan intake output yang telah diberikan kepada pasien. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Monitor penentu pengiriman oksigen | <ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui kebutuhab oxsyen |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan patensi IV line | <ul style="list-style-type: none"> - Sebagai saluran intake (Sumber Doengus, 2012) |
-

e. Intervensi Resiko Infeksi

Tabel 2.5
Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Immune Status ❖ Knowledge : Infection control ❖ Risk control <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <p>Infection Control (Kontrol infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Sumber Doengus, 2012). - Meminimalkan pathogen yang ada disekeliling (Sumber Doengus, 2012). - Menghindari masuknya mikroorganisme atau bakteri yang akan menyebabkan infeksi (Sumber Doengus, 2012). - Menghindari penularan atau penyebab bakteri atau pun kuman (Sumber Doengus, 2012). - Antiseptik digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi ataupun kuman (Sumber Doengus, 2012). - Dapat meminimalkan kotoran yang terdapat ditangan (Sumber Doengus, 2012). - Untuk mencegah penularan antara pasien dan petugas (Sumber Doengus, 2012). - Teknik steril mencegah terjadinya infeksi (Sumber Doengus, 2012).

-
- Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
 - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
 - Berikan terapi antibiotik bila perlu
- Untuk membatasi atau melakukan pencegahan infeksi (Sumber Doengus, 2012).
 - Membatasi sumber infeksi yang dapat menyebabkan sepsis pada klien (Sumber Doengus, 2012).
 - Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Sumber Doengus, 2012).

Infection (proteksi infeksi) **Protection terhadap**

- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local
 - Monitor hitung granulosit, WBC
 - Batasi pengunjung Sering pengunjung terhadap penyakit menular
 - Pertahankan teknik aspeksis pada pasien yang beresiko
 - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
 - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
 - Dorong masukan cairan
- Untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi (Sumber Doengus, 2012)
 - Jumlah granulosit yang lebih dari batas normal menandakan terjainya infeksi (Sumber Doengus, 2012).
 - Menghindari masuknya mikroorganisme atau bakteri (Sumber Doengus, 2012).
 - Meminimalkan proses masuknya bakteri (Sumber Doengus, 2012).
 - Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi terhadap kondisi luka (Sumber Doengus, 2012).
 - Mengetahui kondisi luka (Sumber Doengus, 2012).
 - Cairan yang cukup berperan untuk mempercepat penyembuhan luka (Sumber Doengus, 2012).
-

2.2.4 Implementasi.

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

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (Nikmatur dan saiful, 2012). Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIER. Pengertian dari SOAPIER ialah :

S : Data Subjektif.

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang klien, mengenai keluhan ,dan dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

O: Data Objektif

Data ini memberikan gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnose.

A: Analisa

Menganalisa dari data objektif dan subjektif masalah yang ditegakan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang

dikumpulkan atau disimpulkan, karena keadaan klien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif.

P: Planning

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga kesejahteraannya.

I: Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan, dan tindakan keperawatan harus mendapatkan persetujuan klien.

E: Evaluasi

Evaluasi merupakan tafsiran dari efek tindakan keperawatan yang telah diberikan, analisa dari hasil yang sudah dicapai menjadi fokus dari ketetapan nilai tindakan.

R: Reassessment

Melakukan pengumpulan data kembali atau pengkajian ulang, jika hasil dari rencana tindakan tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Rencana keperawatan dapat dimodifikasi, diubah ataupun dihentikan.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensoris subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan.

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

a. Berdasarkan Durasi

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan kronis.

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu yang singkat. Nyeri akut biasanya akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Fungsi nyeri ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronis berlangsung lama,

intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

b. Berdasarkan Asal

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri diklasifikasikan berdasarkan asalnya dibedakan nyeri nosiseptif dan nyeri neuropatik

1) Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif (nociptive pain) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitisasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain. Hal ini dapat terjadi pada post operatif dan nyeri kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosiseptif yang mengenai darah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi.

2) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem

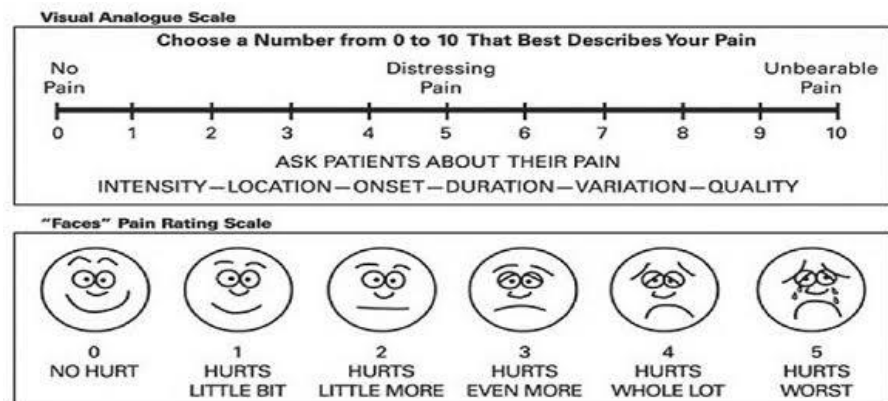
saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit di obati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, tingling shooting, shock like, hypergesia, atau allodynia. Nyeri neuropatik dari sifatnya nyerinya merupakan nyeri kronik.

2.3.3 Penilaian Respon Intensitas Nyeri

Penilaian respon intensitas nyeri menurut Andarmoyo (2013) :

1) Skala Visual Analog (VAS)

Skala Visual Analog (VAS) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta unruk mnunjukkan titik pada garis yang menunjukkan bletak nyeri terjadi pada garis tersebut. Ujung kirinya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri” sedangkan ujung kanan menandakan “berat” atau “nyeri yang buruk”.

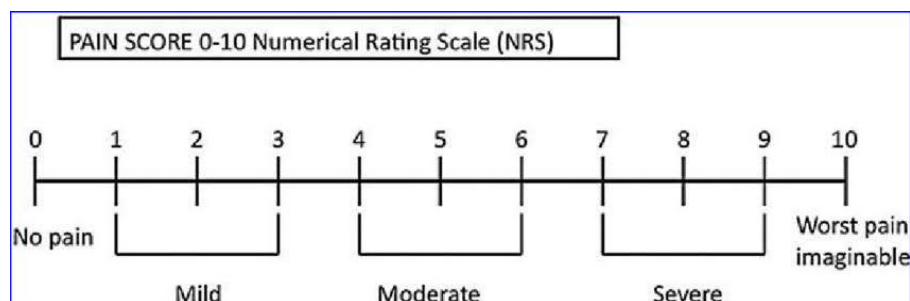


Gambar 2.2 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : https://www.researchgate.net/figure/Visual-analogue-scale-VAS-for-assesment-of-childrens-pain-perception_fig1_259499877

2) Numerical Rating Scales (NRS)

Sekala penilaian yang lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10cm.



Gambar 2.3 Numerical Rating Scales (NRS)

Sumber : https://www.researchgate.net/figure/pain-score-categorization-of-the-Numerical-Rating-Scale_fig2_277086616

2.3.4 Penatalaksana Nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri, manajemen nyeri dapat dilakukan dengan farmakologi atau non farmakologi. Farmakologi diberikan dengan obat-obatan analgetik dan penenang.

Menurut Jurnal (Ilmu Kesehatan) terapi non dapat digunakan dengan cara tehnik distraksi dan relaksasi yaitu dengan cara mendengar music dan melakukan nafas dalam.

- a. Distraksi menurut Jurnal (ilmu Kesehatan) merupakan manajemen nyeri dengan tehnik memfokuskan perhatian klien pada suatu selain dari rasa nyerinya. Tehnik distraksi dapat mengaktiasi sistem reticular yang dapat menghambat stimulus yang menyakitkan
- b. Relaksasi menurut jurnal (Ilmu Kesehatan) merupakan tehnik penanganan nyeri non farmakologi yang dapat membantu memperlancar sirkulasi darah sehingga suplainoksigen meningkat dan dapat membantu mengurangi tingkat nyeri serta mempercepat penyembuhan luka pada pasie post operasi.