

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

ELSYA YOSITA UTAMI

AKX.17.025



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

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Elsyia Yosita Utami

NIM : AKX.17.025

Prodi : DIII Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Hernioraphy dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV Rumah Sakit Umum Daerah dsr. Sockardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah 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 dipublikasikan orang lain kecuali secara tulis dicantumkan sebagai ajuan dalam naskah dengan disebutkan 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, 10 Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan


6000
Elsyia Yosita Utami
AKX.17.025

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN
MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
ELSYA YOSITA UTAMI
AKX.17.025**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal, 10 Juni 2020

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

NIK : 02004020117

Pembimbing Pendamping

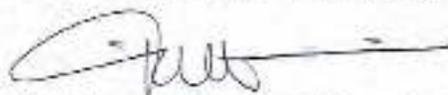


Rizki Muliani, S.Kep., Ners., M.M

NIK : 020008020145

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

NIK : 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST
HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN
MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
ELSYA YOSITA UTAMI
AKX.17.025**

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 20 Juni 2020.

PANITIA PENGUJI

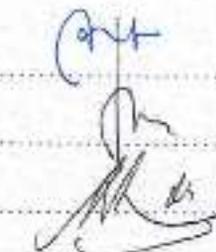
Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Pembimbing Utama)



(.....)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.K p., M.Kep
(Penguji I)
2. Drs. H. Rachiwan H, BScAn., M.Kes
Penguji II
3. Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,M.M
(Pembimbing Pseudamping)



(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

Universitas Bhakti Kencana
Dekan Fakultas Keperawatan,
Rd. Siti Jundiah, S.K p.M.Kep
NIK : 020007020132



PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Elsy Yosita Utami

NPM : AKX.17.025

Fakultas : Keperawatan

Prodi : D-III Keperawatan Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, 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 sebagaimana mestinya.

Bandung, 8 September 2020

Yang membuat pernyataan,



6000
RUPIAH
(Elsya Yosita Utami)

Pembimbing I



Vina Vitriawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing II



Rizki Muliani, S.Kep., Ners., M.M

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis curahkan kepada Allah SWT, atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kesempatan, kesehatan badan dan pikiran sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA” dengan sebaik-baiknya.

Adapun maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini 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, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.H.Kes., Apt selaku Rector Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kep., 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 Bandung.
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang dengan sabar selalu membimbing, memotivasi, dan menyemangati penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini
6. Rizki Muliani, S.Kep., Ners., MM selaku Pembimbing Pendamping yang dengan sabar selalu membimbing, memotivasi, dan menyemangati penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini
7. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

8. Roni Husnara, S.Kep., Ners selaku CI Ruang Melati IV yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Tasikmalaya.
9. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan dan Gawat Darurat Medik.
10. Untuk kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Muhammad Syahrir dan Ibunda Edra Leli, paman Erwin Rahmadi, tante Gusnelita, S.Ag serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dorongan semangat, dukungan, motivasi yang dengan tulus selalu mendoakan keberhasilan penulis.
11. Untuk Adithya Surya Pratama yang selalu memotivasi dan menyemangati penulis hingga KTI ini dapat selesai tepat pada waktunya.
12. Para senior dan teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan 2020
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, 10 Juni 2020



Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang : hernia adalah prostusi atau penonjolan isi suatu rongga (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Berdasarkan *medical record* di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode September 2019 sampai dengan November 2019 terdapat 36 kasus hernia. Pasien dengan post operasi Hernia Inguinalis Lateralis selalu masuk pada 10 kasus terbanyak di ruang Melati IV. **Tujuan :** untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien post hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode :** studi kasus yaitu suatu metode pengumpulan data yang bersifat *integrative* (melalui berbagai pendekatan mengenai kondisi atau situasi actual) dan bersifat *comprehensive* (keseluruhan). **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi masalah keperawatan nyeri akut pada pasien 1 dan pasien 2 masalah dapat teratasi pada hari ketiga. **Diskusi :** pada kedua pasien ditemukan masalah keperawatan nyeri akut dikarenakan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi. Adapun perbedaan hasil dari intervensi yang dilakukan adalah mengkaji skala nyeri pada kedua pasien yaitu pada hari ketiga pada pasien 1 dengan hasil skala nyeri 2 (0-10), sedangkan pada pasien 2 hari ketiga hasil skala nyeri 3 (0-10). **Saran :** penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan, khususnya relaksasi nafas dalam selama 5-10 menit satu jam sebelum pemberian analgetik dan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan untuk mempertimbangkan karya tulis ini sebagai bahan masukan dalam pengembangan asuhan keperawatan pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Post Hernioraphy

Daftar Pustaka : 12 buku, 5 jurnal

ABSTRACT

Background : A hernia is a prostusion or protrusion of the contents of a cavity (usually the abdomen) through a defect or weak part of the wall of the cavity. Based on medical record at RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya from September 2019 to November 2019 there were 36 cases of hernias. Patients with post Hernioraphy always enter in the 10 most cases in the Melati IV room. **Objective :** to provide nursing care in post Hernioraphy with acute pain nursing problem. **Method :** a case study that is an integrative data collection method (through various approaches regarding actual conditions or situations) and is comprehensive (overall). **Result :** after nursing care was performed by giving an intervention to the problem of acute pain nursing in patient 1 and patient 2 the problem could be resolved on the third day. **Discussion :** both patients found acute pain nursing problem due to tissue discontinuity due to surgery. The difference in the results of the interventions carried out is to assess the pain scale in the two patients, namely on the third day in patient 1 with the results of the pain scale 2 (0-10), while in the patient 2 days the third pain scale results 3 (0-10). **Sugestion :** the authors suggest to the hospital to improve services in providing nursing care, especially involvement in the implementation of deep breathing relaxation for 5-10 minutes one hour before administering analgesics and for educational institutions is expected to consider this scientific paper as input in the development of nursing care in post Hernioraphy patients with acute pain.

Keywords : Nursing Care, Acute pain, Post Hernioraphy

References : 12 books, 5 journal

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak.....	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Penyakit Hernia Inguinalis.....	9
2.1.1 Definisi Hernia Inguinalis.....	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Hernia Inguinalis	9
2.1.3 Klasifikasi.....	11
2.1.4 Etiologi	12
2.1.5 Manifestasi Klinis	12
2.1.6 Patofisiologi	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	15

2.1.8 Komplikasi	16
2.1.9 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Nyeri	19
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hernia Inguinalis	22
2.3.1 Pengkajian.....	22
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	32
2.3.3 Intervensi Keperawatan	33
2.3.4 Implementaasi Keperawatan	49
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	50
BAB III METODE PENELITIAN	55
3.1 Desain Penelitian	55
3.2 Batasan Istilah	56
3.3 Partisipan Penelitian	57
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	57
3.5 Pengumpulan Data	57
3.6 Uji Keabsahan Data	60
3.7 Analisa Data	61
3.8 Etik Penelitian KTI	63
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	66
4.1 Hasil	66
4.1.1 Gambaran dan Lokasi Pengambilan Data.....	66
4.1.2 Pengkajian.....	67
4.1.3 Analisa Data.....	76
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	80
4.1.5 Intervensi Keperawatan	83
4.1.6 Implementasi Keperawatan	87
4.1.7 Evaluasi.....	95
4.2 Pembahasan	95
4.2.1 Pengkajian.....	96
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	97
4.2.3 Intervensi Keperawatan	100
4.2.4 Implementasi Keperawatan	103
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	106
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	107
5.1 Kesimpulan	107
5.2 Saran	109
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi yang berhubungan dengan Hernia Inguinalis.....	10
Gambar 2.2 Hernia Inguinalis.....	10

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	34
Tabel 2.2 Intervensi Ketidakseimbangan Nutrisi	38
Tabel 2.3 Intervensi Gangguan Rasa Nyaman	41
Tabel 2.4 Intervensi Resiko Perdarahan	43
Tabel 2.5 Intervensi Rssiko Infeksi.....	46
Tabel 4.1 Identitas Pasien	67
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	68
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	69
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	70
Tabel 4.5 Data Psikologi	74
Tabel 4.6 Data Sosial.....	75
Tabel 4.7 Data Spiritual.....	75
Tabel 4.8 Hasil Laboratorium.....	76
Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan	76
Tabel 4.10 Analisa Data	76
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	80
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	83

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan	87
Tabel 4.14 Evaluasi.....	95

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi.....	14
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Konsultasi KTI

Lampiran II Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus

Lampiran III Lembar Persetujuan Jadi Responden

Lampiran IV Lembar Observasi

Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Luka Post Operasi di Rumah

Lampiran VI Leaflet Perawatan Luka Post Operasi di Rumah Lampiran VII

Jurnal Penelitian

Lampiran VIII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

HNP	: <i>Hernia Nucleus Pulposi</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
LMR	: <i>Locus Minoris Resistance</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
NRS	: <i>Numeric Rating Scale</i>
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
BB	: Berat Badan
Hb	: <i>Haemoglobin</i>
Ht	: <i>Hematokrit</i>
PT	: <i>Prothrombin Time</i>
PTT	: <i>Partial Thromboplastin Time</i>
FFP	: <i>Fresh Frozen Plasma</i>
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumentasi
mmHg	: <i>Milimeter Hydrargyrum</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasglow Coma Scale</i>

g/dL	: Gram per Deciliter
%	: Persen
/mm ³	: Per Milimeter Kubik
IV	: Intra Vena
RAS	: <i>Reticular Activating System</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movement</i>
TTV	: Tanda - Tanda Vital
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
R	: Respirasi
S	: Suhu

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem pencernaan disebut juga sistem digestivus atau sistem gastrointestinal merupakan suatu saluran jalan makanan/nutrisi masuk (input) melalui rongga mulut sampai dengan keluar (ekskresi/eliminasi) melalui anus. Saluran pencernaan merupakan suatu saluran yang mirip tabung dengan panjang sekitar 9 cm, yang memanjang dari mulut sampai anus. Jaringan di saluran pencernaan terdiri dari 4 lapisan dari dalam keluar yaitu mukosa, submukosa, otot, dan serosa (Diyono & Mulyanti, 2013).

Sistem Gastrointestinal terdiri atas saluran gastrointestinal dan organ aksesori. Komponen saluran gastrointestinal terdiri atas rongga mulut, faring, esophagus, lambung, usus halus dan usus besar. Organ aksesori terdiri atas gigi, lidah serta beberapa kelenjar dan orga seperti kelenjar saliva, hati dan pancreas.

Salah satu penyakit yang terdapat pada sistem gastrointestinal adalah hernia. Hernia merupakan prostusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan (Amin & Hardhi, 2015). Secara umum hernia terbagi menjadi beberapa jenis yaitu hernia eksterna, hernia intraparietal, hernia interna, hernia reponibilis, hernia ireponibilis, hernia inkarserata, dan hernia strangulate. Sedangkan berdasarkan letaknya hernia terbagi menjadi hernia hiatal, hernia epigastrik, hernia umbilical, hernia

femorialis, hernia insisional, hernia nucleus pulposi (HNP), dan hernia inguinalis (Nurarif & Kusuma, 2015).

Hernia inguinalis merupakan hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di area sekitar selangkangan atau skrotum. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang dan robek sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah tersebut. Hernia inguinalis terbagi menjadi tiga yaitu hernia inguinalis lateralis (indirek), hernia inguinalis medialis (direk), dan hernia inguinalis kombinasi. Hernia inguinalis lateralis (indirek) merupakan hernia yang melalui annulus (cincin) inguinalis interna yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menelusuri kanalis inguinalis, dan keluar melalui annulus eksternal di atas kista pubis dengan diselubungi kantong korda (Wibisono & Jeo, 2014).

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 hernia merupakan salah satu dari tujuh kasus dengan fatalitas tinggi untuk kondisi umum yang mudah diobati, ketujuh penyakit itu merupakan *appendicitis, hernia, fractures, obstructed labour, congenital anomalies, serta breast and cervical cancer*. Data WHO menunjukkan dari tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia mencapai 19.173.279 orang. Hernia paling banyak ditemukan di negara berkembang seperti Afrika dan Asia Tenggara termasuk Indonesia (Gian, 2017).

Menurut data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia kasus hernia di Indonesia menempati urutan ke delapan jumlah penyakit terbanyak dengan jumlah 291.145 kasus (DepKesRI, 2015). Penderita hernia inguinalis berjumlah 1.243 orang, sebelumnya pada tahun 2004 terdapat 18.145 orang dimana 15.051

kasus terjadi pada pria dan 3.094 terjadi pada wanita (DepKesRI, 2011). Di provinsi Jawa Barat, ditemukan data bahwa mayoritas penderita hernia selama bulan Januari - Desember 2015 diperkirakan sebanyak 425 penderita (Depkes RI, 2015).

Berdasarkan catatan *medical record* di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode September 2019 sampai dengan November 2019 didapatkan hasil bahwa kasus hernia inguinalis selalu masuk dalam 10 kasus terbanyak di ruang Melati IV, 10 kasus tersebut yaitu hernia inguinalis, abses, fraktur, peritonitis, cholelitis, apendiksitis, BPH, neoprolitiasis, ileus, dan ulkus. Dari *medical record* di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya selama tiga bulan terakhir didapatkan data sebanyak 36 kasus pasien yang mengalami hernia inguinalis (Sumber ; Data *medical record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya).

Beberapa tanda dan gejala yang dapat ditemui pada penderita hernia yaitu adanya benjolan keluar masuk, keras yang pada umumnya terdapat pada area lipatan paha, adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi, serta bila penderita mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar (Nurarif & Kusuma, 2015). Apabila penderita telah merasakan beberapa tanda dan gejala hernia, maka diperlukan penanganan khusus untuk mengatasi keadaan tersebut.

Penatalaksanaan penanganan hernia ada dua macam, yaitu secara konservatif yaitu pengobatan yang terbatas pada tindakan reposisi atau perbaikan letak dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk

mempertahankan isi hernia yang telah direposisi, namun penanganan secara konservatif ini menyebabkan hernia dapat kambuh kembali. Penanganan hernia yang kedua yaitu melalui tindakan operatif, tindakan ini merupakan penanganan paling baik salah satunya yaitu tindakan operasi hernioraphy. Hernioraphy dilakukan mulai dari tindakan intervensi bedah mengikat leher hernia, dan menggantungkannya pada conjoint tendon, pasca bedah, terjadi kerusakan jaringan pasca bedah sehingga timbul rasa nyeri (Nurarif & Kusuma, 2015).

Beberapa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien post operasi hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis diantaranya adalah nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, gangguan rasa nyaman, resiko perdarahan, dan resiko infeksi. Masalah yang paling sering dirasakan oleh pasien hernia yaitu rasa nyeri karena telah melakukan pembedahan dimana dilakukan insisi atau perlukaan sehingga terputusnya diskontinuitas jaringan yang merangsang pengeluaran histamine dan prostaglandine (Nurarif & Kusuma, 2015). Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang actual atau potensial (Nurarif & Kusuma, 2015). Rasa nyeri dapat diatasi secara farmakologi (menggunakan obat-obatan) dan nonfarmakologi (*pain management*).

Dalam penanganan rasa nyeri yang dirasakan pasien post operasi hernia inguinalis terdapat dua kategori tindakan yang dapat dilakukan yaitu: *Pain management* seperti : Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi

respon nyeri, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal) berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, tingkatkan istirahat. *Analgesic administration* seperti : Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat, cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi, cek riwayat alergi, Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali.

Dalam penanganan nyeri secara nonfarmakologi terdapat beberapa teknik yang bisa dilakukan seperti teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi seperti menonton televisi, mendengarkan music, dan kompres hangat (Doenges, Marilyn dkk, 2015). Menurut Vindora, Ayu dkk (2014), Teknik relaksasi nafas dalam merupakan teknik pereda rasa nyeri untuk mencapai kondisi rileks. Teknik relaksasi nafas dalam juga dapat menghilangkan nyeri post operasi, karena teknik ini merangsang aktivitas-aktivitas diserat besar sehingga gerbang untuk aktivitas serat berdiameter kecil (nyeri) tertutup.

Berdasarkan uraian dan hasil data diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis melalui

penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Hernioraphy dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2.2 Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2.3 Menyusun perencanaan yang terdiri dari tujuan, intervensi, dan rasional sesuai dengan diagnosa yang muncul pada pasien post

Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2.5 Melakukan evaluasi pada pasien post Hernioraphy dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan wawasan, serta dapat dijadikan referensi penelitian selanjutnya khususnya pada kasus post operasi hernia inguinalis lateralis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Perawat

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi salah satu pilihan dalam perencanaan asuhan keperawatan non farmakologi pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis dengan nyeri akut.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan pertimbangan bagi Rumah Sakit dalam mengembangkan praktek keperawatan terutama pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis dengan nyeri akut.

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai bahan bacaan dan referensi dalam menambah pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis dengan nyeri akut.

1.4.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pasien dan keluarga pasien yang mempunyai penyakit post operasi hernia inguinalis lateralis dengan nyeri akut sehingga salah satunya dapat diatasi dengan teknik relaksasi nafas dalam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hernia Inguinalis

2.1.1 Definisi Hernia Inguinalis

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan, berdasarkan letaknya hernia terbagi menjadi hernia hiatal, hernia epigastrik, hernia umbilical, hernia femoralis, hernia insisional, hernia nucleus pulposi (HNP), dan hernia inguinalis (Amin & Hardhi, 2015).

Hernia Inguinalis adalah hernia yang melalui annulus (cincin) inguinalis interna di sebelah lateral vasa epigastrika inferior menelusuri kanalis inguinalis lalu keluar di annulus eksternal diatas krista pubis yang diselubungi kantong korda (Wibisono & Jeo, 2014).

Hernia Inguinalis adalah hernia yang terjadi ketika dinding abdomen berkembang yang menyebabkan usus menerobos kebawah melalui celah (Nurarif & Kusuma, 2015).

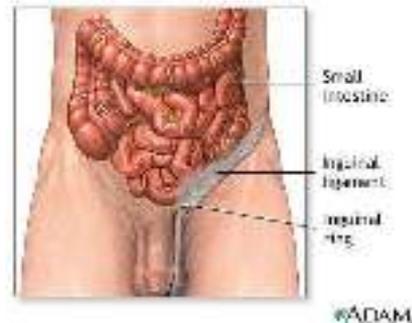
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Hernia Inguinalis

Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot multilaminar, yang berhubungan dengan aponeurosis, fasia, lemak, dan kulit. Pada bagian lateral terdapat tiga lapisan otot yang pada

setiap otot terdapat tendon yang disebut aponeurosis (Wibisono & Jeo, 2014).

Gambar 2.1

Anatomi yang berhubungan dengan hernia inguinalis

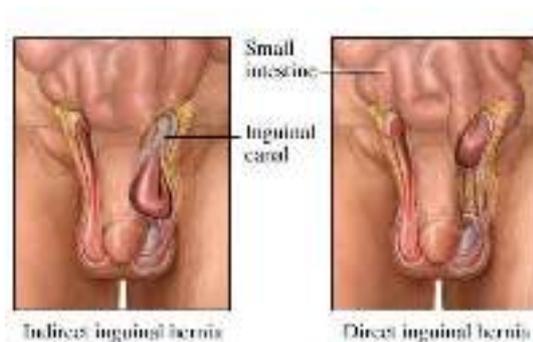


Sumber : <https://docplayer.info/85572029-Bab-2-tinjauan-pustaka.html>

Otot transversus abdominis adalah lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan diatas dasar medial kanalis inguinalis (Wibisono & Jeo, 2014).

Gambar 2.2

Hernia Inguinalis



Sumber : <https://docplayer.info/85572029-Bab-2-tinjauan-pustaka.html>

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah hernia inguinalis yaitu ketika kanalis inguinalis yang berjalan miring, struktur dari musculus oblikus internus abdominis menutup annulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan fascia transversa yang kuat menutupi trigonum Hasselbach yang umumnya hampir tidak berotot (Wibisono & Jeo, 2014).

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Wibisono & Jeo (2014) hernia inguinalis dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Hernia Inguinalis Indirek

Hernia inguinalis indirek adalah hernia yang melalui annulus inguinalis interna yang terletak disebelah lateral vasa epigastric inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar ke rongga perut melalui annulus inguinalis eksternus (Wibisono & Jeo, 2014).

b. Hernia Inguinalis Direk

Hernia inguinalis direk adalah hernia yang melalui dinding inguinal posteromedial dari vasa epigastrica inferior pada daerah yang dibatasi segitiga Hasselbach. Factor yang berperan adalah tekanan intraabdominal dan kelemahan relatif dinding inguinal posterior (Wibisono & Jeo, 2014).

2.1.4 Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya :

- a. Congenital
- b. Obesitas
- c. Ibu hamil
- d. Mengejan
- e. Pengangkatan beban berat

2.1.5 Manifestasi Klinis

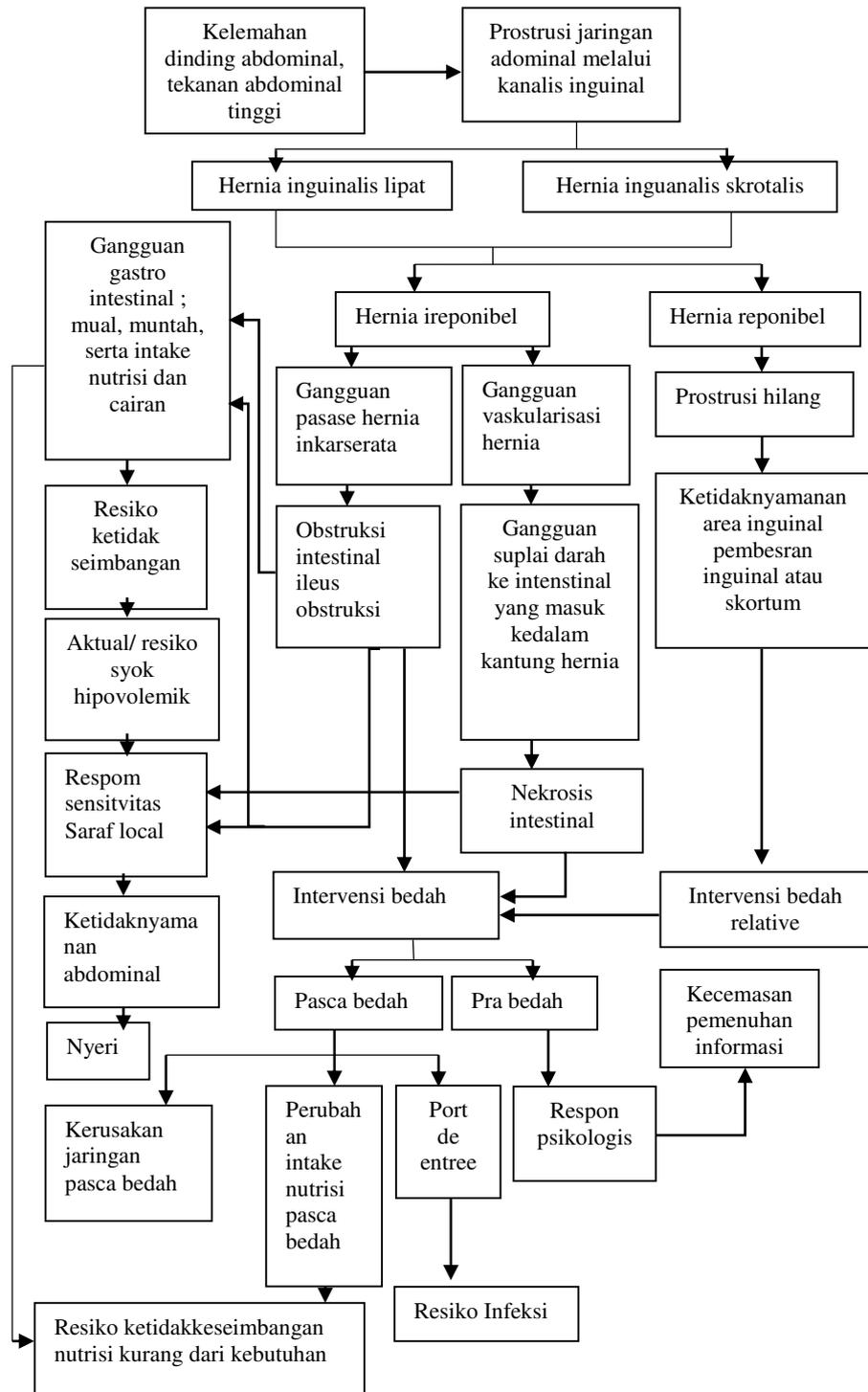
Menurut Nurarif & Kusuma (2015) manifestasi klinis yang lazim muncul pada pasien hernia yaitu sebagai berikut :

1. Berupa benjolan keluar masuk / keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha
2. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual
3. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi
4. Bila terjadi hernia inguinalis perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas
5. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (dysuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha

6. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas
7. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar

2.1.6 Patofisiologi

Bagan 2.1



Sumber: Mutaqqin & Sari, 2011

Pada kondisi Hernia Inguinalis yang bisa keluar masuk atau prostrusi dapat bersifat hilang timbul disebut dengan *hernia reponibel*. Kondisi prostrusi terjadi apabila pasien melakukan aktivitas berdiri atau mengedan kuat yang mengakibatkan terjadinya tekanan tinggi pada abdominal. Apabila prostrusi tidak bisa masuk kembali ke dalam rongga perut maka disebut hernia ireponibel atau hernia akreta. Kondisi ini berhubungan dengan perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Tidak ditemukan keluhan nyeri ataupun tanda sumbatan usus.

Kondisi hernia inkarserata dengan penjepitan usus menyebabkan obstruksi intestinal, apabila suplai darah bagian usus terperangkap dalam hernia terganggu (hernia stragulasi) maka usus akan mengalami iskemia dan gangrene, serta akan memberikan manifestasi yang fatal.

Beberapa manifestasi hernia inguinalis memberikan keluhan dan masalah keperawatan yang akan muncul dan akan memberikan implikasi pada asuhan keperawatan (Wibisono & Jeo, 2014).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang untuk pasien hernia ada dua yaitu :

1. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus / obstruksi usus

2. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematocrit), peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Wibisono & Jeo (2014) komplikasi yang muncul pada pasien hernia adalah sebagai berikut :

- a. Infeksi
- b. Obstruksi
- c. Nekrosis usus
- d. Peritonitis
- e. Sepsis

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) penatalaksanaan hernia ada dua macam, yaitu :

1. Konservatif

Tindakan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi, namun hernia dapat kambuh kembali. Penanganan konservatif terdiri dari :

a. Reposisi

Reposisi adalah tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonii atau abdomen. Reposisi hanya dilakukan pada pasien hernia reponibilis dengan memakai dua tangan, sedangkan pada pasien hernia inguinalis strangulata tidak dapat dilakukan kecuali pada anak-anak.

b. Suntikan

Metode ini dilakukan dengan cara menyuntikkan cairan sklerotik berupa alcohol atau kini di daerah sekitar hernia sehingga pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan yang membuat isi hernia keluar dari cavum peritonii.

c. Sabuk hernia

Sabuk hernia diberikan pada pasien yang mengalami hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

2. Operatif

Tindakan operatif merupakan tindakan yang paling baik yang dapat dilakukan untuk mengatasi hernia sebagai berikut :

a. Hernia reponibilis

b. Hernia irreponibilis

c. Hernia strangulasi

d. Hernia incarcerated

Terdapat tiga tahapan dalam operasi hernia yaitu sebagai berikut :

a. Herniotomy

Herniotomy merupakan tindakan membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis

b. Hernioraphy

Tindakan hernioraphy mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intra abdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum).

c. Hernioplasty

Hernioplasty adalah tindakan menjahitkan conjoint tendon pada liga mentum inguinale agar *LMR (Locus Minoris Resistance)* hilang / tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat tertutup otot.

2.2 Konsep Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial (*international association for the study of pain*) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan (Nurarif & Kusuma, 2015).

Menurut Vindora, Ayu, dan Pribadi (2014), nyeri adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang actual dan potensial, tingkat dan keparahan nyeri pasca operatif terganggu pada fisiologis psikologis individu dan toleransi yang ditimbulkan nyeri.

Terdapat beberapa factor yang berhubungan dengan nyeri yaitu agen perusak biologis, kimia, fisik, dan psikologis (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2011).

Menurut Merdekawati, Dasuki, dan Melany (2018) pengkajian nyeri meliputi berbagai aspek salah satunya yaitu intensitas nyeri. Intensitas nyeri adalah gambaran seberapa parah nyeri dirasakan oleh pasien. Berbagai alat pengukur nyeri yaitu *Visual Analog*

Scale (VAS), *Numerik Rating Scale* (NRS), Skala Nyeri Deskriptif dan Skala Nyeri Wong Bakers.

Pada penatalaksanaannya nyeri dapat ditangani dengan dua cara yang saling berhubungan (Nurarif & Kusuma, 2015), yaitu sebagai berikut :

a. *Pain management*

Pain management adalah kumpulan prosedur medis yang bertujuan untuk meredakan atau menghilangkan nyeri. Beberapa teknik *pain management* menurut Nurarif & Kusuma (2015) yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, evaluasi tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan, kurangi factor presipitasi nyeri, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal), kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, ajarkan tentang teknik nonfarmakologi, berikan analgetik untuk mengurangi nyeri, evaluasi keefektifan control nyeri, tingkatkan

istirahat, kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.

Sedangkan pain management yang bisa dilakukan secara nonfarmakologi dapat dilakukan dengan teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi seperti menonton televisi, mendengarkan music, dan kompres hangat (Doenges, Marylin dkk, 2015).

b. Analgetic administration

Analgetic administration adalah prosedur medis yang menggunakan agen farmakologi untuk meredakan atau mengurangi nyeri.

Secara umum nyeri dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan sumber nyeri
 - a) Nyeri *nosiseptif* (disebabkan kerusakan pada tubuh dalam memfungsikan fungsi perlindungan)
 - b) Nyeri *neurogenic – neuropatic* (disebabkan cedera atau malfungsi pada sistem somatosensory nervous)
 - c) Nyeri inflamasi (disebabkan oleh kerusakan pada jaringan musculoskeletal)
- b. Berdasarkan gejala klinik
 - a) Nyeri akut
 - b) Nyeri kronik

2.3 **Konsep Asuhan Keperawatan Hernia Inguinalis**

Proses keperawatan sendiri terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 **Pengkajian**

Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat karena pengkajian merupakan tahapan awal dan dasar untuk menentukan diagnosa keperawatan dan menentukan proses keperawatan selanjutnya (Rohmah & Walid, 2014).

Tahap pengkajian keperawatan berisi pemikiran dasar untuk memberikan asuhan keperawatan. Pengkajian yang dilakukan diharuskan lengkap, akurat, sesuai kenyataan, dan kebenaran untuk merumuskan diagnosa keperawatan (Evania, 2013).

2.3.1.1 **Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan pasien yang normal maupun yang terdapat kesenjangan untuk mengidentifikasi pola fungsi kesehatan pasien baik yang efektif optimal maupun yang bermasalah (Rohmah & Walid, 2014).

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi secara sistematis dan kontinu untuk menentukan berbagai masalah dan kebutuhan keperawatan pasien (Evania, 2013).

a. Identitas Diri

Identitas diri pasien yang harus diketahui terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, dan penanggung jawab (Muttaqin & Sari, 2011).

Data identitas yang harus diketahui selanjutnya yaitu tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi, dan diagnosa medis pasien.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang biasanya dirasakan oleh pasien post operasi hernia inguinalis adalah rasa nyeri yang timbul akibat tindakan pembedahan.

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan bukan hanya sekedar informasi sederhana, penulis akan mendapatkan informasi yang lebih banyak dari riwayat kesehatan ini namun memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkannya (Rohmah, 2012).

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan awal permulaan pasien merasakan keluhan hingga dibawa ke rumah sakit. Penjelasan riwayat penyakit sekarang

memuat keluhan utama pasien saat dilakukan

pengkajian meliputi PQRST yaitu :

P = Paliatif - Provokatus

Memuat apa yang menyebabkan gejala, apa yang bisa memperberat atau mengurangi keluhan. Pada pasien post hernioraphy didapatkan keluhan nyeri. Nyeri bertambah apabila pasien beraktivitas dan berkurang apabila pasien beristirahat atau tidur.

Q = Qualitas – Quantitas

Memuat bagaimana gejala dirasakan, dan sejauh mana gejala dirasakan. Pada pasien post hernioraphy, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk benda tajam dan mengganggu kenyamanan pasien dalam beraktivitas.

R = Region – Radiasi

Memuat dimana gejala dirasakan, dan apakah menyebar. Pada pasien post hernioraphy nyeri dirasakan pada area luka post hernioraphy yaitu pada abdominal bagian kanan bawah.

S = Skala – Severity

Memuat seberapa parah tingkat keparahan dirasakan, dan pada skala berapa. Pada pasien post Hernioraphy

saat dilakukan pengkajian nyeri menggunakan *numeric pain rating scale* (0-10) nyeri dirasakan pada skala sedang (4-6).

T = *Time*

Memuat kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, dan seberapa lama gejala dirasakan. Pada pasien post Hernioraphy nyeri muncul secara tiba-tiba apabila pasien beraktivitas.

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu berisi tentang riwayat penyakit yang pernah diderita pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi kondisi penyakit pasien saat ini. Jika pasien pernah menjalani operasi, maka penulis perlu mengkaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anestesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi (Rohmah & Walid, 2014).

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga berhubungan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam suatu keluarga, dan penyakit yang menular baik akibat kontak langsung

maupun tak langsung. Apabila ditemukan riwayat penyakit turunan maka perlu dibuat genogram 3 generasi (Rohmah & Walid, 2014).

Secara patologi penyakit hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah ada anggota keluarga lainnya yang pernah menderita hernia sebagai factor predisposisi di dalam rumah.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1. Nutrisi

Kaji kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit yang meliputi : jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, alergi makanan, dan keluhan yang berhubungan dengan nutrisi seperti mual dan muntah (Rohmah & Walid, 2014).

2. Eliminasi

Eliminasi mencakup eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi uri (buang air kecil). Pola eliminasi menggambarkan keadaan eliminasi pasien sebelum sakit sampai pada saat sakit yang meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, adanya darah, serta keluhan yang

dirasakan pada saat eliminasi (Rohmah & Walid, 2014).

3. Personal Hygiene

Aspek yang perlu dilakukan pengkajian terkait personal hygiene seperti kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, mengganti pakaian sebelum sakit dan pada saat sakit.

4. Istirahat Tidur

Kaji kualitas dan kuantitas istirahat tidur pasien sejak sebelum sakit sampai saat sakit meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, perasaan pasien pada saat bangun tidur, serta kesulitan atau masalah tidur yang dialami pasien.

5. Aktivitas

Kaji pola aktivitas pasien sebelum dan pada saat sakit. Kegiatan apa yang biasanya dilakukan dan apakah pasien mampu beraktivitas secara mandiri atau membutuhkan bantuan orang lain untuk beraktivitas

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dimulai dengan mengamati keadaan umum dan menilai tingkat kesadaran pasien. Keadaan umum pasien post operasi hernia inguinalis

biasanya terlihat lemah, dan tingkat kesadarannya normal (*compos mentis*).

Pemeriksaan fisik menggunakan metode IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe* dengan pencatatan hasil dilakukan secara sistem.

1. Sistem Pernafasan

Kaji potensi kebersihan jalan nafas, perubahan pernafasan seperti frekuensi, pola, dan kedalaman nafas. Inspeksi : kesimetrisan dada, pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan, retraksi sternal, thorax drain, palpasi : nyeri tekan area dada, Auskultasi paru-paru : ekspansi paru yang adekuat, suara tambahan pada pernafasan,

2. Sistem Kardiovaskuler

Kaji sistem sirkulasi darah dengan mengukur tekanan darah, menghitung frekuensi nadi, irama denyutan dan kekuatan denyutan, auskultasi suara jantung, kaji temperature, dan inspeksi warna konjungtiva.

3. Sistem Gastrointestinal

Kaji adanya rasa mual muntah, kaji fungsi gastrointestinal dengan mengauskultasi bising usus,

kaji palitik ileus, insersi NGT intra operatif dengan drainage lambung (untuk memonitor perdarahan, mencegah obstruksi usus, irigasi atau pemberian obat, jumlah, warna, konsistensi isi lambung tiap 6-8 jam).

4. Sistem Endokrin

Kaji pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

5. Sistem Persyarafan

Kaji fungsi serebral dan tingkat kesadaran, kekuatan otot, serta koordinasi.

6. Sistem Integumen

Kaji factor infeksi luka, distensi dari odema / palitik ileus, tekanan pada daerah luka, dehiscence, dan eviscerasi.

7. Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralis, sistem musculoskeletal tidak mengalami gangguan, kaji otot ekstremitas atas dan bawah dengan nilai kekuatan otot (0-5), kaji kekuatan pergerakan dan keterbatasan gerak.

f. Pemeriksaan Psikologis

Kaji status emosional, konsep diri, mekanisme koping, harapan serta pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan.

1. Status Emosi

Kaji emosi pasien akibat proses penyakit yang tidak diketahui / tidak pernah diberitahu sebelumnya.

2. Pola Koping

Kaji bagaimana cara pasien dalam mengurangi atau menghilangkan stres yang dihadapi pada saat pasien sakit.

3. Konsep Diri

Kaji perasaan pasien yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya sendiri meliputi : gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri.

a) Gambaran Diri

Kaji sikap pasien terhadap keadaan tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Secara verbal pasien mengatakan malu dengan luka post operasi hernia yang telah dialaminya, secara non-verbal pasien selalu menutupi bagian tubuh yang terluka.

b) Ideal Diri

Kaji persepsi pasien tentang bagaimana ia berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau personal tertentu.

c) Harga Diri

Kaji penilaian pribadi pasien terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku pasien memenuhi ideal dirinya.

d) Peran Diri

Kaji sikap dan perilaku, nilai serta tujuan yang diharapkan pasien.

e) Identitas Diri

Kaji kesadaran pasien akan diri sendiri yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai satu kesatuan yang utuh.

g. Data psikososial

Kaji bagaimana status emosi, dan harapan pasien tentang penyakit yang dideritanya, bagaimana gaya komunikasi dan sosialisasi pasien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi pasien di rumah sakit gaya hidup sehari-hari serta kepuasan pelayanan keperawatan yang di rasakan pasien di rumah sakit.

h. Data spiritual

Kaji keyakinan pasien terhadap Tuhan Yang Maha Esa serta kegiatan spiritual yang dilakukan pasien saat ini.

i. Data Penunjang

Data penunjang dilakukan sesuai indikasi seperti : foto thoraks, laboratorium, rekam jantung, dan lain-lain. Pemeriksaan ini perlu untuk memvalidasi data dalam penegakan diagnosa.

2.3.1.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam mengembangkan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, pengertian tentang substansi ilmu keperawatan, dan proses penyakit (Evania, 2013).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa adalah suatu pernyataan untuk menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual / potensial) dari individu tempat perawat mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2014).

Diagnosa juga merupakan suatu penilaian klinis tentang respons individu terhadap masalah kesehatan sebagai dasar pemilihan

intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab. Diagnosa keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan pasien untuk mencegah atau memecahkan masalah (Rohmah & Walid, 2014).

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien post operasi hernia inguinalis menurut Nurarif & Kusuma (2015) yaitu:

1. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah
3. Gangguan rasa nyaman b.d akibat tindakan operasi
4. Resiko perdarahan b.d luka insisi pembedahan
5. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah / operasi

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Intervensi menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2014).

1. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

Table 2.1**Intervensi Nyeri Akut**

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut	NOC	NIC	
<p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual dan potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diprediksi atau diantisipasi yang berlangsung kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan selera makan 2. Perubahan tekanan darah 3. Perubahan frekuensi jantung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pain level 2. Pain control 3. Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali 	<p>Pain management :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien 2. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien 3. Untuk mengetahui apakah terjadi pengurangan rasa nyeri atau nyeri yang dirasakan bertambah 4. Untuk mengetahui respon nyeri pada pasien

4. Perubahan frekuensi pernafasan	nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	5. Untuk mengontrol rasa nyeri pasien
5. Laporan isyarat	4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau	6. Untuk mengetahui apakah nyeri yang dirasakan pasien berpengaruh terhadap yang lainnya
6. Diaphoresis		7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	7. Untuk membantu pasien dalam membentuk mekanisme koping terhadap rasa nyeri
7. Perilaku distraksi (mis. Berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)		8. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	8. Untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien
8. Mengekspresikan perilaku (mis. Gelisah, merengek, menangis)		9. Kurangi factor presipitasi nyeri	9. Agar nyeri yang dirasakan pasien tidak bertambah
9. Masker wajah (mis. Mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)		10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal)	10. Agar pasien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam management nyeri yang dirasakan
10. Sikap melindungi area nyeri			
11. Focus menyempit (mis. Gangguan persepsi nyeri, hambatan proses)			

<p>berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</p> <p>12. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>13. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>14. Sikap tubuh melindungi</p> <p>15. Dilatasi pupil</p> <p>16. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>17. Gangguan tidur</p> <p>Factor yang berhubungan :</p> <p>18. Agen cedera (mis. Biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</p>	<p>11. Kaji tipe dan sumber nyeri</p> <p>12. Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi</p> <p>13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>14. Evaluasi keefektifan control nyeri</p> <p>15. Tingkatkan istirahat</p> <p>16. Kolabirasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>17. Monitor penerimaan pasien tentang managemen nyeri</p>	<p>11. untuk menentukan intervensi</p> <p>12. Agar pasien mampu menggunakan teknik nonfarmakologi dalam management nyeri yang dirasakan</p> <p>13. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri pasien</p> <p>14. Untuk mengetahui keefektifan control nyeri</p> <p>15. Untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien</p> <p>16. Untuk mengetahui tindakan manajemen nyeri yang sesuai</p> <p>17. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien</p>
---	---	--

**Analgesic
administration**

- | | |
|--|---|
| 18. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat | 18. Untuk mengetahui tingkat nyeri pasien |
| 19. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi | 19. Untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat |
| 20. Cek riwayat alergi | 20. Untuk mengetahui riwayat alergi pasien |
| 21. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali | 21. Untuk mengetahui keefektifan pemberian obat analgetic |

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah

Table 2.2

Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	NOC	NIC	
Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic	1. Nutritional status 2. Nutritional status : food and fluid 3. intake 4. Nutritional status : nutrient intake 5. Weight control	Nutrition management 1. Kaji adanya alergi makanan	1. Untuk menentukan makanan yang tepat yang akan diberikan pada pasien
Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. kerapuhan kapiler 6. diare 7. kehilangan rambut berlebihan 8. bisung usus hiperaktif 9. kurang makanan 10. kurang informasi	Kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	2. Untuk membantu pasien mendapatkan kalori dan nutrisi secara seimbang 3. Makanan yang mengandung protein akan lebih cepat membantu

11. kurang minat pada makanan	5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan		pasien meningkatkan zat pembangunan tubuh
12. penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat	6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	4. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)	4. Untuk memberikan makanan yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien
13. kesalahan konsepsi		5. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	5. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
14. kesalahan informasi		6. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori	6. Menjaga agar jumlah nutrisi dan kalori tetap terjaga
15. membrane mukosa pucat		7. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi	7. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi
16. ketidakmampuan memakan makanan			
17. tonus otot menurun			
18. mengeluh gangguan sensasi rasa			
19. mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance)			
20. cepat kenyang setelah makan			
21. sariawan rongga mulut			
22. steatorea			
23. kelemahan otot pengunyah			

<p>24. kelemahan otot untuk menelan</p> <p>factor-faktor yang berhubungan :</p> <p>25. Factor biologis</p> <p>26. Factor ekonomi</p> <p>27. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan</p> <p>28. Factor psikologis</p>	<p>8. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>Nutrition monitoring</p> <p>9. BB pasien dalam batas normal</p> <p>10. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>11. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</p> <p>12. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi serta turgor kulit</p> <p>13. Monitor mual dan muntah</p>	<p>8. Untuk mengetahui kemampuan pasien mengenai nutrisi yang dibutuhkan</p> <p>9. Agar dapat menentukan terapi diet yang sesuai</p> <p>10. Memberikan lingkungan yang nyaman pada pasien untuk makan</p> <p>11. Agar tidak mengganggu proses makan pasien</p> <p>12. Untuk mengetahui kecukupan cairan tubuh pasien</p> <p>13. Anoreksia dapat menyebabkan penurunan BB</p>
---	---	--

14. Monitor kalori dan intake nutrisi

14. Untuk menjadi dasar rencana askep dan evaluasi intervensi

Sumber : Nurarif & Kusuma,2015

3. Gangguan rasa nyaman

Table 2.3

Intervensi gangguan rasa nyaman

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan rasa nyaman	NOC	NOC	
<p>Definisi : merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan social</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Menangis 3. Gangguan pola tidur 4. Takut 5. Ketidakmampuan untuk rileks 6. Iritabilitas 7. Merintih 8. Melaporkan merasa dingin 9. Melaporkan merasa panas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiety 2. Fear level 3. Sleep deprivation 4. Comfort, readiness for enhanced <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol kecemasan 2. Status lingkungan yang nyaman 3. Mengontrol nyeri 	<p>Anxiety reduction (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Jelaskan semua prosedur yang akan dilakukan 3. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menjalin rasa saling percaya dengan pasien 2. Agar pasien mengerti tentang prosedur yang akan dilakukan 3. Untuk mengetahui pola koping pasien dalam menangani stress

10. Melaporkan perasaan tidak nyaman	4. Kualitas tidur dan istirahat Adekuat	4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut	4. Membina hubungan saling percaya dengan pasien untuk memberikan rasa kenyamanan
11. Melaporkan gejala distress	5. Agresi Pengendalian Diri	5. Lakukan back / neck rub	5. Untuk memberikan rasa tenang / rileks pada pasien
12. Melaporkan rasa lapar	6. Respon Terhadap Pengobatan	6. Dengarkan dengan penuh perhatian	6. Untuk memberikan rasa saling percaya pada pasien
13. Melaporkan rasa gatal	7. Control gejala	7. Identifikasi tingkat kecemasan	7. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien
14. Melaporkan kurang puas dengan keadaan	8. Status Kenyamanan Meningkat	8. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi	8. Teknik relaksasi membuat pasien dapat lebih tenang
15. Melaporkan kurang senang dengan situasi tersebut	9. Dapat Mengontrol Ketakutan	9. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan	9. Pemberian obat dapat mengurangi rasa cemas
16. Gelisah	10. Support social		
17. Berkeluh kesah	11. Keinginan untuk hidup		
Factor yang berhubungan			
18. Gejala terkait penyakit			
19. Kurang pengendalian lingkungan			
20. Kurang privasi			
21. Kurang control situasional			
22. Stimulasi lingkungan yang mengganggu			
23. Efek samping terkait terapi (mis. Medikasi, radiasi)			

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

4. Resiko perdarahan

Table 2.4

Intervensi resiko perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Perdarahan	NOC	NIC	
<p>Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Factor resiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisme 2. Defisiensi pengetahuan 3. Koagulopati intravaskuler diseminata 4. Riwayat jatuh 5. Gangguan gastrointestinal (mis. Penyakit ulkus lambung, polip, varises) 6. Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis, hepatitis) 7. Koagulopati inheren (mis. Trompositopenia) 8. Trauma 9. Efek samping terkait terapi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blood lose severity 2. Blood koagulation <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalambatas normal systole dan diastole 4. Tidak ada distensi abdominal 5. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal 6. Plasma, PT, PTT, dalam batas normal 	<p>Bleeding precautions</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit 4. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau FFP) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mencegah terjadinya perdarahan 2. Untuk mengetahui kadar Hb dan Ht pasien 3. Untuk mengetahui kemampuan darah dalam melakukan proses pembekuan darah 4. Untuk mengetahui produk darah yang sesuai untuk pasien

(mis. Pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi)	5.	Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	5.	Untuk menghindari perdarahan
	6.	Hindari mengukur suhu lewat rectal	6.	Untuk mencegah perdarahan rectal
	7.	Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	7.	Untuk mencegah terjadinya pengenceran darah
	8.	Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	8.	Untuk mempercepat proses pembekuan darah
	Bleeding reduction : gastrointestinal			
	9.	Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh : emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka	9.	Untuk mengetahui adanya perdarahan yang terjadi di dalam tubuh
	10.	Monitor complete blood	10.	Untuk mengetahui kadar leukosit

count dan leukosit	dalam tubuh pasien
11. Pertahankan jalan nafas	11. Untuk menghindari pasien dari gagal nafas
12. Berikan cairan intra vena	12. Untuk mencegah dehidrasi akibat kekurangan cairan selama perdarahan

Sumber : Nurarif & Kusuma,2015

5. Resiko infeksi b.d luka insisi bedah / operasi

Table 2.5

Intervensi resiko infeksi

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi	NOC	NIC	
<p>Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Factor-faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis : DM, Obesitas 2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjangan patogen 3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat : gangguan peristalsis, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, merokok, statis cairan tubuh, trauma jaringan 4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder : penurunan Hb, Imunosupresi, supresi respon inflamasi 5. Vaksinasi tidak adekuat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. immune status 2. knowledge : infection control 3. risk control <p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien bebas dari tanda dan gejala Infeksi 2. Mendesripsikan proses penularan penyakit, factor Yang Mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk Mencegah timbulnya infeksi 4. jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup Sehat 	<p>Infection control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. pertahankan teknik isolasi 3. batasi pengunjung bila perlu instruksikan pada pengunjung untuk cuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 4. cuci tangan setiap sebelum dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan lingkungan bersih untuk mengurangi resiko infeksi 2. menjaga kebersihan lingkungan pasien 3. untuk meminimalkan pejanan pada organisme infeksi 4. mencegah kontaminasi silang

6. Pemanjanaan terhadap pathogen	sesudah tindakan keperawatan	/ menurunkan resiko infeksi
7. Lingkungan meningkat : wabah		
8. Prosedur invasive	5. gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung diri	5. untuk mencegah kontaminasi pejanan infektif
9. Malnutrisi	6. pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	6. mencegah kontaminasi silang / menurunkan resiko infeksi
	7. berikan terapi antibiotic bila perlu	7. mencegah terjadinya infeksi bakteri
	8. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	8. untuk mengetahui tanda infeksi
	9. inspeksi kondisi luka / insisi bedah	9. untuk mengetahui tanda infeksi dari perubahan suhu, nyeri, perdarahan serta mengetahui hasil abnormal yang terjadi
	10. ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	10. untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga

tentang tanda dan
gejala infeksi

Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 2014).

Tiga kategori implementasi keperawatan menurut (Evania 2013) sebagai berikut :

- a) *Cognitive implementations*, meliputi pengajaran, menghubungkan tingkat pengetahuan pasien dengan kegiatan sehari-hari
- b) *Interpersonal implementations*, meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan, pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, role model, dan lain sebagainya
- c) *Technical implementations*, meliputi pemberian perawatan kebersihan, melakukan aktivitas rutin keperawatan, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, rujukan dan lain sebagainya

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana dan jenis implementasi keperawatan. Menurut Evania, (2013) terdapat tiga implementasi keperawatan sebagai berikut :

- a) *Independent implementations*, implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien

dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan pasien

- b) *Interdependent atau collaborative implementations*, implementasi keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya
- c) *Dependent implementations*, implementasi atas dasar rujukan dari profesi lain seperti ahli gizi, physioterapis, psikolog, dan lain sebagainya.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2014).

- a. Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi

NOC

- a) Pain level
- b) Pain control
- c) Comfort level

Kriteria hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
 - b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
 - c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
 - d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- b.d mual muntah

NOC

- a) Nutritional status :
- b) Nutritional status : food and fluid
- c) Intake
- d) Nutritional status : nutrient intake
- e) Weight control

Kriteria hasil :

- a) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- b) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- c) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- d) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi

- e) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan
- f) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

c. Gangguan rasa nyaman

NOC

- a) Anxiety
- b) Fear level
- c) Sleep deprivation
- d) Comfort, readiness for enhanced

Kriteria hasil :

- a) Mampu mengontrol kecemasan
- b) Status lingkungan yang nyaman
- c) Mengontrol nyeri
- d) Kualitas tidur dan istirahat adekuat
- e) Agresi pengendalian diri
- f) Respon terhadap pengobatan
- g) Control gejala
- h) Status kenyamanan meningkat
- i) Dapat mengontrol ketakutan
- j) Support sosial
- k) Keinginan untuk hidup

d. Resiko perdarahan

NOC

- a) Blood lose severity
- b) Blood coagulation

Kriteria hasil

- a) Tidak ada hematuria dan hematemesis
- b) Kehilangan darah yang terlihat
- c) Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole
- d) Tidak ada distensi abdominal
- e) Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal
- f) Plasma, PT, PTT dalam batas normal

e. Resiko infeksi

NOC

- a) Immune status
- b) Knowledge : infection control
- c) Risk control

Kriteria hasil :

- a) Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- b) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya

- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- d) Jumlah leukosit dalam batas normal
- e) Menunjukkan perilaku hidup sehat