

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA *KLIEN POST OPERASI*
HERNIORAPHY DENGAN INDIKASI HERNIA INGUINALIS
NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI IV
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md Kep) di program studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

GILANG JATI KARTIKO

NIM: AKX.17.029



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA *KLIEN POST OPERASI*
HERNIORAPHY ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS*
DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI IV
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md Kep) di program studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

GILANG JATI KARTIKO

NIM: AKX.17.029



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gilang Jati Kartiko
NIM : AKX. 17.029
Prodi : D III Keperawatan Fakultas Keperawatan
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada *Klien post Operasi Hernioraphy*
dengan Indikasi *Hernia Inguinalis*
dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya Tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di publikasikan oranglain kecuali tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian 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, Juli 2020
Yang membuat Pernyataan

Gilang Jati Kartiko
AKX.17.029

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gilang Jati Kartiko
NPM : AKX.17.029
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat
Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI HERNIORAPHY* ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH 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, September 2020

Yang membuat pernyataan,


METERAI TAMPIL
2952EAHF628652440
6000
ENAM RIBURUPIAH
Gilang Jati Kartiko

Pembimbing I



Drs. H. Rachwan H., B.Sc., M.Kes

Pembimbing II



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

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *HERNIORAPHY*
ATAS INDIKASI *HERNIA INGUINALIS* DENGAN NYERI AKUT DIRUANG
MELATI IV RSUD TASIKMALAYA**

OLEH

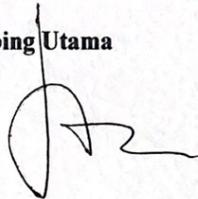
GILANG JATI KARTIKO

AKX.17.029

Karya Tulis Ilmiah telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera
dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



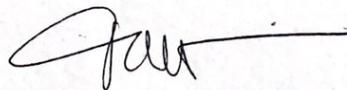
Drs.H. Rachwan H, BSc., M.Kes
NIK: 10115175

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui
Prodi D III Keperawatan
Ketua



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 INGUINALIS* DENGAN
NYERI AKUT DIRUANG MELATI IV
RSUD TASIKMALAYA**

**OLEH
GILANG JATI KARTIKO
AKX.17.029**

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

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Drs. H. Rachwan Hermawan, BSc.,M.Kes

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. **A.Aep Indarna, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Pd**

(Penguji I)

2. **Hikmat, Amk.,S.Pd.,MM**

(Penguji II)

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

(Pembimbing Pendamping)

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

Mengetahui
Dekan Fakultas Keperawatan


Rd. Siti Jindiah, S.Kp., M.Kep
020007020132

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* DENGAN INDIKASI *HERNIA* DENGAN NYERI AKUT DI MELATI IV RSUD TASIKMALAYA” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan.
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Drs. H. Rachwan Hermawan, M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Taasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

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. Seluruh dosen dan staf Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Universitas Bhakti Kencana.
10. Kedua orangtua yaitu Ayahanda Fauzi dan Ibunda Retno Mulatsi yang selalu memberi doa, dukungan, semangat dan motivasi moril maupun materil, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada adikku Afa Galuh Chikalika dan Lutfia Zahra Talita yang selalu mendo'akan dan memberi dukungan untuk keberhasilan penulis.
12. Kepada seluruh keluarga jaiz dan bani langgeng hadi yang selalu mendo'akan dan member dukungan untuk keberhasilan penulis.
13. Sahabatku Meda Susetha, Dwi Mega Alfi Julianti, Suci Sri Armi, Hasstika Marderina, Lalu Riat, Andina W, Teguh, M. Tauhid, Fadlah Dwi, Lalu Muhammad, M. Reinaldy, Riska Anzelina, Ressa Ermasari, Widya Larasati, Reni Wulansari yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada penulis
14. Seluruh teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan 13 yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.

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

Bandung, Juli 2020

Gilang Jati Kartiko

ABSTRAK

Latar Belakang: *Hernia* merupakan penonjolan sebuah organ jaringan. *World Health Organization* (WHO) menjelaskan pada 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. . Dari beberapa masalah yang muncul pada *Hernia* dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada klien salah satunya adalah nyeri akut. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Hernioraphy* dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV. **Metode:** Penelitian yang dilakukan pada 2 klien *post Operasi Hernioraphy* dengan masalah keperawatannya nyeri akut menggunakan studi kasus, yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. **Hasil:** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Nyeri Akut pada klien 1 dan klien 2 dapat teratasi dalam waktu 3x24 jam serta memenuhi kriteria hasil. **Diskusi:** Pada kedua klien *post Operasi Hernioraphy* ditemukan masalah nyeri akut. Tidak terdapat perbedaan hasil dari intervensi berikan

Kata Kunci : *Hernia*, *Asuhan Keperawatan*, Nyeri.

Daftar Pustaka: 17 Buku Sumber (2009-2019), 1 Jurnal (2014-2019), 3 Website.

ABSTRACT

Background: Hernia is a protrusion of a tissue organ. The World Health Organization (WHO) explained that in 2013, hernia sufferers increased every year. Obtained data on trials in 2005 to 2010 of all types of hernia patients reached 19,173,279 patients. . Of the several problems that arise in Hernias can cause discomfort in the client one of which is an acute cause. Objective: To get a real and capable experience of Nursing Care in a Postoperative Hernioraphy Client with Acute Pain in Jasmine Room IV. Method: The study was conducted on 2 clients after Hernioraphy Surgery with acute nursing problems using a case study, which is to discuss a problem / phenomenon with trapped, having taken the wrong data and looking for sources of information. Results: After Nursing Care was performed by providing nursing intervention, the problem of Acute Pain nursing on client 1 and client 2 can be resolved within 3x24 hours and supports the expected outcomes. Discussion: In the second client postoperative Hernioraphy found acute pain problems.

Keywords: Hernias, Nursing Care, Pain.

Bibliography: 17 Resource Books (2019-2019), 1 Journals (2014-2019), 3 Websites.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan Penulis	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstak	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Singkatan	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penulisan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	8
2.1.1 Konsep Teori Hernia	8
2.1.1.1 Definisi	8
2.1.1.2 Anatomi Hernia	9
2.1.1.2 Etiologi	10
2.1.1.3 Klasifikasi Hernia.....	12
2.1.1.4 Patofisiologi.....	15
2.1.1.5 Pathway	17
2.1.1.6 Manifestasi Klinis	18
2.1.1.7 Pemeriksaan penunjang	19
2.1.1.8 Penatalaksanaan Hernia.....	19

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	23
2.2.1 Pengkajian	24
2.2.1.1 Pengkajian Data	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3 Intervensi Keperawatan	34
2.2.4 Implementasi Keperawatan	48
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	48
2.3 Konsep Nyeri	49
2.3.1 Definisi	49
2.3.2 Klasifikasi Nyeri	49
2.3.3 Fisiologi Nyeri	50
2.3.4 Batasan Karakteristik Nyeri.....	53
2.3.5 Mekanisme Nyeri.....	53
2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri.....	54
2.3.7 Hasil Penelitian Jurnal.....	54
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain penelitian.....	56
3.2 Batasan Ilmiah	56
3.3 Partisipan/Responden Penelitian	57
3.4 Lokasi dan Waktu	57
3.5 Pengumpulan Data	58
3.6 Uji Keabsahan Data	59
3.7 Analisa Data	59
3.8 Etika Penelitian	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	64
4.1.1 Gambaran dan Lokasi Pengambilan Data	64
4.1.2 Asuhan Keperawatan	65
4.1.2.1 Pengkajian.....	65
4.1.2.2 Analisa Data.....	78
4.1.2.3 Diagnosa Keperawatan	81
4.1.2.4 Intervensi keperawatan.....	85
4.1.2.4 Implementasi.....	91
4.1.2.6 Evaluasi	102
4.2 Pembahasan	102
4.2.1 Pengkajian.....	103

4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	105
4.2.3 Intervensi keperawatan.....	107
4.2.4 Implementasi	112
4.2.5 Evaluasi	115

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	116
5.1.1 Pengkajian.....	117
5.1.2 Diagnosa keperawatan.....	118
5.1.3 Intervensi Keperawatan	118
5.1.4 Implementasi.....	119
5.1.5 Evaluasi	120
5.2 Saran.....	120

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Hernia.....	9
Gambar 2.2 Perbedaan hernia direk dan indirek	14
Gambar 2.3 Macam-macam hernia menurut lokasinya	15
Gambar 2.4 Visual Analog Scale (VAS)	51
Gambar 2.5 Skala Intensitas Nyeri Numerik.....	52
Gambar 2.6 Skala Face Pain.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Gangguan Rasa Aman Nyaman	35
Tabel 2.2	Nyeri Akut	37
Tabel 2.3	Ketidak Seimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh..	41
Tabel 2.4	Resiko Infeksi.....	44
Tabel 2.5	Resiko Pendarahan	46
Tabel 4.1	Identitas Klien	65
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan	67
Tabel 4.3	Pola Aktivitas	68
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	69
Tabel 4.5	Data Psikologi	75
Tabel 4.6	Data Penunjang	77
Tabel 4.7	Therapy/Rencana Pengobatan.....	78
Tabel 4.8	Analisa Data.....	78
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan	81
Tabel 4.10	Intervensi	85
Tabel 4.11	Implementasi.....	91
Tabel 4.12	Evaluasi.....	102

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hernia	17
--------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: Celcius
DepKes	: Departemen Kesehatan
dr	: Dokter
GCS	: Glasgow coma Scala
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IM	: Intra Muskular
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IV	: Intra Vena
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
Kp	: Kampung
mmHg	: Milimeter Merkuri Hydragyrum
N	: Nadi
Ny	: Nyonya
POD	: <i>Post Of Day</i>
R	: Respirasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
S	: Suhu
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>
HIL	: <i>Hernia Inguinalis</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Justifikasi
Lampiran III	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran IV	: Lembar Observasi/Implementasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VIII	: Jurnal
Lampiran VIII	: Format Review Artikel
Lampiran IX	: Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia adalah merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atas bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada *hernia* abdomen, isi perut menonjol melalui bagian lemah dari lapisan muskulo-aponeurotik dinding perut. *Hernia* terdiri dari atas cincin, kantong *hernia* dan isi *hernia*. Berdasarkan terjadinya *hernia* dibagi atas hernia bawaan atau congenital dan *hernia* dapatan atau akuisita. (Nurarif & 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 daerah Negara-negara berkembang seperti Negara-negara Afrika, Asia tenggara termasuk Indonesia. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2015 di Indonesia sendiri kasus hernia menempati urutan kedelapan dengan jumlah 291.145 kasus. Untuk di Jawa Barat, mayoritas penderita selama bulan Januari-Desember 2015 berjumlah 1425 penderita Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik Rumah Sakit Umum Dr. Soekardjo kota Tasikmalaya di ruangan Melati IV periode Januari – Desember 2019 dengan jumlah kasus : *Hernia* 20,1%, Fraktur 17,8% , Appendisitis 15,6% , Ileus Obstruktif 11,1% , Colelithiasis 8,7% , Soft Tissue Tumor 6,3% , Ulkus 6,3%,

Abces 5,2%, *Benigna Prostatic Hyperplasia* (BPH) 4,8% . Dengan demikian *hernia Inguinalis* menempati urutan 1 dari 10 penyakit ruang rawat inap di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya.

Hernia Inguinalis Lateralis merupakan penonjolan yang keluar dari rongga peritoneum melalui annulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus (sjamsuhidayat, 2010). Faktor resiko yang dapat menjadi etiologi hernia inguinalis yaitu peningkatan intra-abdomen (batuk kronis, konstipasi, ascites, angkat beban berat dan keganasan abdomen) dan kelemahan otot dinding perut (usia tua, kehamilan, prematurias, pembedahan insisi yang mengakibatkan hernia insisional, (overweight atau obesitas) (Sjamsuhidayat, 2010 dan burney, 2012). Penderita hernia inguinalis dapat diderita oleh semua umur, tetapi angka kejadian hernia inguinalis meningkat dengan bertambahnya umur dan terdapat distribusi bimodal (dua modus) untuk usia yaitu dengan puncaknya pada usia 1 tahun dan pada usia rerata 40 tahun. Hernia inguinalis sering kali terjadi disebelah kanan 60 %, sebelah kiri 20-25 %, dan bilateral 15 % (Greenberg et al, 2008 dan Sjamsuhidajat, 2010).

Penderita *Hernia* biasanya mengeluh terdapat benjolan di daerah lipatan paha dan daerah scrotum. Biasanya disertai nyeri yang hebat ketika terjepitnya bagian usus di daerah benjolan tersebut dan bertambah ketika melakukan gerakan menekan rongga abdomen seperti mengangkat beban yang berat. Sebelum dilakukan tindakan operatif biasanya dilakukan tindakan konservatif berupa reposisi, suntikan, pemakaian sabuk hernia, dan apabila sudah tidak bisa dilakukan tindakan

konservatif maka akan dilakukan tindakan operatif. Tindakan operatif yaitu dengan cara yang disebut Hernioraphy dan herniotomy. Hernioraphy merupakan tindakan mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan menutup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan tranversus internus dan musculus ablikus internus abdominus ke ligamen inguinal (Mansjoer A, 2010). Masalah yang biasanya timbul setelah dilakukannya tindakan hernioraphy yaitu nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi, gangguan rasa aman nyaman, resiko pendarahan, dan adanya resiko infeksi (Nuratif dan Kusuma, 2015).

Kerusakan jaringan setelah dilakukan tindakan pembedahan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri. Rasa nyeri setelah pembedahan merupakan salah satu diagnose keperawatan yaitu nyeri akut. Diagnosa keperawatan nyeri akut menyebabkan timbulnya masalah lain seperti gangguan rasa aman nyaman dan hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, peran perawat dalam mengelola nyeri dengan melakukan intervensi manajemen nyeri menurut Nanda (2015) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau. Mengevaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. Kurangi

faktor prestipasi nyeri. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis, non farmakologi dan interpersonal). Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. Ajarkan tentang teknik non farmakologi. Berikan Analgetik untuk mengurangi nyeri. Mengevaluasi keefektifan control nyeri. Tingkatkan istirahat. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Sedangkan untuk pemberian Analgesic Administration, Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. Cek instruksi dokter tentang jenis obat dosis, dan frekuensi. Cek riwayat alergi. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu. Tentukan analgetik tergantung tipe dan berat nyeri. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeeri hebat. Evaluasi efektifitas analgesic, tanda dan gejala, dan juga perawat diharapkan mampu mengelola nyeri dengan memberikan terapi non farmakologi seperti teknik kompres dingin, teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi yang diharapkan mampu mengurangi skala nyeri. Penulis lebih memilih untuk menggunakan teknik distraksi mendengarkan music klasik sebagai intevensi utama karena menurut hasil penelitian jurnal Aat agustini (2018) menunjukkan dari 20 responden sebelum diberikan terapi musik klasik sebagian besar mengalami nyeri sedang dan mengalami nyeri ringan setelah diberikan terapi musik klasik. Terjadi penurunan intensitas nyeri setelah pemberian terapi music klasik dengan rata – rata sebesar 1,650 pada penelitian sesi 1 dan penurunan sebesar 1,950 pada penelitian sesi 2,

alasan penulis memilih implementasi tersebut dikarenakan teknik distraksi dapat meningkatkan istirahat pasien sehingga pasien lebih relaksasi. Selain itu persiapan sarana yang diperlukan dalam implementasi mudah diperoleh.

Berdasarkan data-data di atas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada post operasi *Hernioraphy*, dengan mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op *Hernioraphy* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka diangkat rumusan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Hernioraphy* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya 2019 ?”

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini sebagai berikut :

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan proses pendekatan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Post* *Hernioraphy* dengan masalah keperawatan Nyeri di Ruang Melati IV.

1.3.2.2 Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien *Post* *Hernioraphy* dengan masalah keperawatan Nyeri di Ruang Melati IV.

1.3.2.3 Menyusun rencana keperawatan yang ingin di capai dan langkah-langkah pada klien *Post* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri di Ruang Melati IV.

1.3.2.4 Melakukan tindakan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri di Ruang Melati IV.

1.3.2.5 Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post* Hernioraphy dengan masalah keperawatan Nyeri di Ruang Melati IV.

1.4. Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan tambahan refrensi dan masukkan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan pada klien *Post* hernioraphy.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Profesi Perawat

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan tambahan literature dan masukkan bagi profesi keperawatan dalam menjalankan asuhan keperawatan pada klien *Post* hernioraphy.

1.4.2.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan karya tulis ilmiah bermanfaat bagi rumah sakit dan dapat dijadikan sebagai acuan untuk meingkatkan asuhan keperawatan nyeri akut pada klien *Post* hernioraphy di lingkungan rumah sakit.

1.4.2.1 Bagi Intitusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai literature untuk penelitian selanjutnya. Maupun sumber ilmu bagi seluruh mahasiswa dan institute pendidikan dalam melaksanakan pembelajaran di institusi manapun lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Hernia

Hernia adalah penonjolan isi perut dari rongga yang normal melalui suatu defek pada fascia dan muskuloaponeuretik dinding perut, baik secara kongingetal atau didapat. Lubang tersebut dapat timbul karena lubang embrional yang tidak menutup atau melebar serta akibat tekanan rongga perut yang meninggi. Hernia terdiri dari 3 bagian, yaitu kantong, isi, dan cincin hernia. (Elita Wibisono & Wifanto Saditya Jeo, 2014).

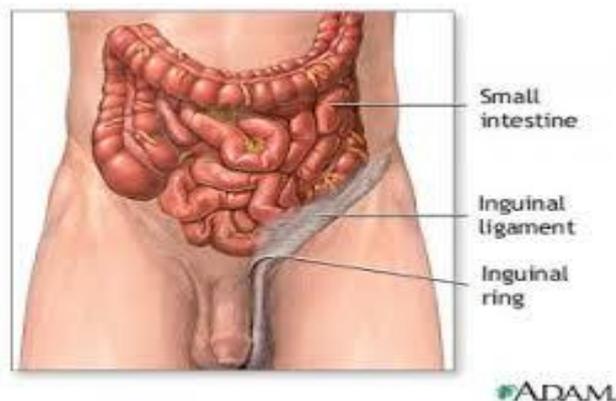
Hernia adalah protusio (penonjolan) abnormal suatu organ atau bagian suatu organ melalui lubang (aperture) pada struktur disekitarnya, umumnya protusia organ abdominal melalui celah dari dinding abdomen. (Sugeng & Weni, 2010). Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. (Sugeng & Weni, 2010).

Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup. (Sugeng & Weni, 2010)

Dari beberapa pengertian penulis menyimpulkan bahwa hernia merupakan penonjolan sebuah organ jaringan atau struktur, dinding rongga yang berisi bagian bagian tersebut yang bersangkutan. Hernia Inguinalis Lateralis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah m elalui celah. (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.2 Anatomi Hernia

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Hernia



Sumber : (Mutaqqin dan sari, 2011)

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 fesia oblik yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan aponeurosis (Shermwinter, 2011).

Otot tranversus abdominalis adalah otot intenal dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lingkungan apneurotik tranversus abdominalis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan diatas dasar medial kanalis inguinalis. Ligementum inguinal menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Kanalis inguinalis dibatasi dikraniolateral oleh annulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fascia tranversalis dan apneurosis musculus tranversus abdominis. Pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian atas terdapat apneurosis musculus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat aponerurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Ericson, 2011)

2.1.3 Etiologi

1. Lemahnya dinding rongga perut. Dapat ada sejak lahir atau didapat kemudian dalam hidup.
2. Akibat dari pembedahan sebelumnya.
3. Kongenital
 - a. *Hernia congenital* sempurna. Bayi sudah menderita hernia karena adanya efek pada tempat - tempat tertentu.

h. Diabetes mellitus

(Sugeng & Weni, 2010)

2.1.4 Klaisifikasi Hernia

Klasifikasi hernia menurut Sjamsuhidayat (2010) adalah sebagai berikut:

1) Macam – macam hernia menurut terlihat dan tidaknya

a. Hernia Internal

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

b. Hernia Eksternal

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

2) Macam – macam Hernia menurut penyebab

a. Hernia Kongenital

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

b. Hernia Traumatik

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

c. Hernia Akuisitas

Hernia yang didapat setelah dewasa atau pada usia lanjut. Disebabkan karena adanya tekanan diintraabdominal yang

meningkat dan dalam waktu yang lama, misalnya batuk kronis, konstipasi kronis, gangguan proses kencing (hipertropi prostat, struktur uretra), asites, dan sebagainya.

3) Macam – macam Hernia menurut sifatnya

a. Hernia respobilitas

Bila isi hernia yang dapat keluar masuk, usus keluar jika berdiri atau mengejang dan masuk lagi jika berbaring atau duduk tidak ada keluhan nyeri ataupun obstruksi usus.

b. Hernia iresponbilitas

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

c. Hernia incaserata atau strangula

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

4) Macam – macam Hernia menurut lokasinya

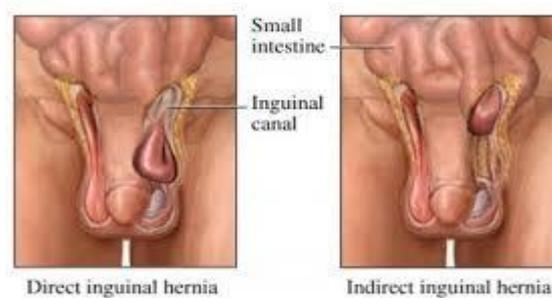
a. Hernia Opigastrika

Hernia yang keluar defek di linea alba umbilicus dan procesus xipoideus.

b. Hernia inguinalis

Penonjolan organ intra abdomen melalui lubang amulus inguinalis, karena bagian lemah dari dinding rongga abdomen yang terjadi karena didapat atau kongenital. Hernia inguinalis dibedakan menjadi dua yaitu hernia indirek atau lateral dan herna direk atau medialis.

Gambar 2.2 Perbedaan hernia direk dan indirek



Sumber: (<https://edoc.pub/klasifikasi-hernia-pdf-free.html>,

diakses tanggal 20 juni 2020)

c. Hernia Umbilikalis

Hernia yang keluar melalui umbilicus akibat peningkatan intra abdomen.

d. Hernia Femoralis

Hernia femoralis terjadi melalui cincin femoral dan lebih umum pada wanita. Ini mulai sebagai penyumbat lemak dikanal femoral yang membesar dan secara bertahap menarik peritoneum dan hampir tidak dapat dihindari kandung kemih masuk kedalam kantong.

Gambar 2.3 Macam-macam hernia menurut lokasinya



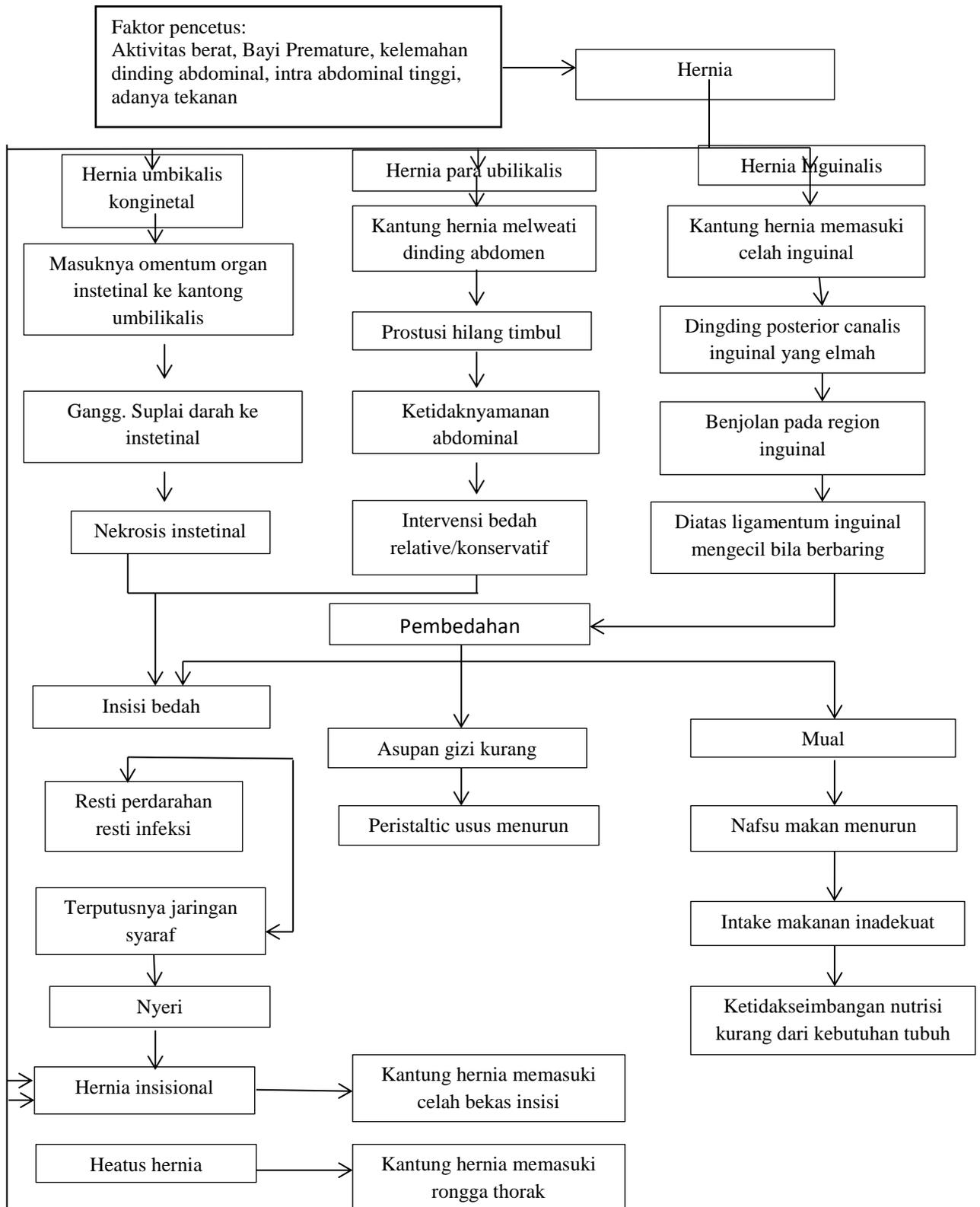
Sumber : (<https://edoc.pub/klasifikasi-hernia-pdf-free.html>, diakses tanggal 10 juni 2020)

2.1.5 Pathofisiologis

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 kerusakan 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



Masalah keperawatan yang dapat muncul berdasarkan pathway diatas adalah resiko perdarahan, resiko infeksi, nyeri, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2.1.6 Manifestasi Klinis

- 1) Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha
- 2) Adanya rasa nyeri di daerah benjolan bila isinya terjepit disertai rasa mual.
- 3) Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasinya.
- 4) Bila terjadi Hernia Inguinalis Strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- 5) Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (Kencing darah) disamping benjolan di bawah sela paha.
- 6) Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- 7) Bila pasien mengedan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

(Sugeng & Weni, 2010)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

- a. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kada gas dalam usus/*obstruksi* usus.
- b. Cek darah lengkap dan serum elektrolit dapat menimbulkan *hemokonsentrasi* (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan Hernia

Menurut (Sugeng & Weni, 2010) penanganan Hernia ada dua macam

2.1.8.1 Terapi umum

Terapi konservatif sambil menunggu proses penyembuhan melalui proses alami dapat dilakukan pada hernia umbilikalisis pada anak usia dibawah 2 (dua) tahun. Terapi konservatif berupa alat penyangga dapat dipakai sebagai pengelolaan sementara, misalnya pemakaian korset pada hernia ventralis sedangkan pada *hernia inguinalis* pemakaian tidak dianjurkan karena selain tidak dapat menyembuhkan alat ini dapat melemahkan otot dinding perut.

- a. Reposisi

Tindakan memasukkan kembali ini hernia ketempatnya semula secara hati - hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini hanya dapat dilakukan pada *hernia reponibilitas* dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher *hernia* sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia

melalui leher *hernia* tadi. Tindakan ini terkadang dilakukan pada *hernia irreponibilitis* apabila pasien takut operasi yaitu dengan cara: bagian hernia dikompres dingin, penderita diberi penenang valium 10mg agar tertidur, pasien diposisikan trendelenberg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

b. Suntikan

Setelah reposisi berhasil suntikkan zat yang bersifat sklerotik untuk memperkecil pintu hernia.

c. Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu *hernia* relative kecil.

d. Umumnya tindakan operatif merupakan satu - satunya yang rasional

2.1.8.2 Hernioplastik endoscopy

a) Hernia inguinalis

1) Pengobatan konservatif

Terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Reposisi tidak dilakukan pada *hernia inguinalis stragulata*, kecuali pada pasien anak - anak. Reposisi dilakukan secara bimanual. Tangan kiri memegang isi *hernia* membentuk corong sedangkan tangan kanan

mendorongnya ke arah cincin *hernia* dengan tekanan lambat tapi menetap sampai terjadi reposisi. Reposisi dilakukan dengan menidurkan anak dengan pemberian sedatif dan kompres es di atas *hernia*. Bila reposisi ini berhasil anak disiapkan untuk operasi besok harinya. Jika reposisi *hernia* tidak berhasil, dalam waktu enam jam harus dilakukan operasi segera.

2) Pengobatan operatif

Pengobatan operatif merupakan satu - satunya pengobatan *hernia inguinalis* yang rasional. Indikasi operatif sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Prinsip dasar operasi *hernia* terdiri dari herniotomy dan hernioraphy.

a) Herniotomy

Dilakukan pembebasan kantong *hernia* sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi *hernia* dibebaskan kalau ada perlekatan, kemudian reposisi. Kantong *hernia* dijahit, ikat setinggi mungkin lalu dipotong.

b) Hernioraphy

Dilakukan tindakan memperkecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

c) Hernia incarcerated

Tidak ada terapi konservatif untuk hernia jenis ini. Yang harus dilakukan adalah operasi secepatnya.

Jenis operasi : herniotomy. Prinsipnya adalah membuka dan memotong kantong *hernia* kemudian mengeluarkan isi kantong *hernia* (usus) dan mengembalikan ke tempat asalnya hingga ileus hilang.

Pada hernia irreponibilitas dapat kita perkirakan hal - hal yang akan terjadi pada isi *hernia* berdasarkan perhitungan waktu yaitu :

- 1) Kurang dari 24 jam setelah diagnosis, dapat dianggap isi *hernia* baru saja terjepit.
- 2) 24 – 48 jam isi hernia mulai mengalami ischemia.
- 3) 48 – 72 jam mulai terjadi gangren.
- 4) Lebih 3 hari isi hernia nekrosis.

Selain dalam hitungan waktu, keadaan isi hernia dapat dilihat dari :

- a) Warna usus (membiru, ischemia, atau nekrosis)
- b) Penilaian vaskularisasi

Berikan NaCl hangat selama 5 menit pada usus, bila terjadi perubahan warna dari kebiruan menjadi kemerahan, berarti usus masih baik (*viable*). Bila setelah pemberian NaCl hangat warna usus masih tetap biru berarti usus telah

mengalami nekrose (*non – viable*), harus direseksi secara *end to end*.

c) Kemampuan peristaltic usus

Bila setelah pemberian NaCl hangat terjadi peristaltic berarti keadaan usus masih baik (*viable*). Bila keadaan umum pasien baik tetapi ususnya *non-viable*, maka setelah herniotomy dilakukan reseksi usus *non-viable* tadi dikeluarkan dan diletakkan di atas paha yang dikenal dengan istilah *vorlagerung* (letakan di muka / di luar). Dibuat lubang pada usus untuk keluarnya feses. Setelah keadaan umum pasien membaik baru operasi dapat dilanjutkan.

Indikasi *vorlagerung* :

- a) Usus *non – viable*
- b) KU pasien jelek
- c) Narcose yang lama

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op Hernioraphy

Proses keperawatan merupakan pendekatan ilmiah dalam menyelesaikan suatu masalah, yang terdiri dari melakukan identifikasi klien dalam memilih data senjang dan data yang fokus, mampu membuat diagnosis keperawatan, membuat rencana keperawatan, melaksanakan tindakan sesuai rencana, serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang telah dilakukan adapun tahapan dalam proses keperawatan ini antara lain

pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. (Rohmah, 2012 :17)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan untuk tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Diagnosis yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Rohmah, 2012).

2.2.1.1 Pengkajian Data

Pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Rohmah, 2012 :18)

1) Identitas

Identitas klien mencakupi : nama, umur, nomor rekam medic, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, suku bangsa, pekerjaan, diagnose, tanggal pengkajian.

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekaran

(1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Disini menggambarkan tentang hal-hal yang menjadikan pasien dibawa ke rumah sakit, pada pasien hernia inguinalis lateral keluhan utama yang menyebabkan

pasien hernia inguinalis lateral keluhan utama yang menyebabkan pasien dibawa ke rumah sakit adalah bengkak pada lipatan paha dan scrotum, rewal, anoreksia, mual, muntah, distensi abdomen, tidak ada peristaltic usus, dehidrasi, bahkan jika usus mengalami iskemik atau gangrene akan mengakibatkan syok, demam, tidak ada bising usus dan asidosis metabolic.

(2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama pada saat dikaji pada post op hernia setelah melakukan operasi yang timbul adalah nyeri, nyeri dirasakan bertambah apabila klien bergerak dan berkurang apabila klien beristirahat. Nyeri diaskan seperti ditusuk-tusuk dan kaku. Nyeri juga biasanya hanya dirasakan pada bagian pembedahan saja. Dan untuk skala nyeri bisa dihitung dari mulai (0-10 skala Nyeri). Nyeri juga biasanya dirasakan setelah 3-4 jam post hernioraphy.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tahap ini dikaji mengenai latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi factor predisposisi seperti riwayat beekerja mengangkat benda-benda yang berat.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dengan menanyakan apakah anggota keluarga pernah mengalami penyakit yang sama atau pernah mengalami penyakit lainnya seperti maag, hipertensi, asma, DM, dan TBC serta riwayat penyakit keturunan.

d) Aktivitas Sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien sebelum dan sesudah masuk rumah sakit. Dikaji mengenai riwayat diet klien. Bagaimana kebiasaan makan, apakah dijumpai perubahan pada makan akibat penyakit, setelah itu dikaji tentang kebiasaan minum (jenis, jumlah dalam sehari) dan kebiasaan minum-minuman beralkohol.

(2) Pola Eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK.

(3) Istirahat Tidur

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan

keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK.

(4) Personal Hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

(5) Aktivitas dan Latihan

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

(6) Pemeriksaan Fisik

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

(a) Keadaan Umum

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

(b) Tanda-tanda Vital

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Pada hernia reponible berada kondisi optimal, sedangkan pada hernia inkaserata dan strangulate TTV mengalami lemah dan kesakitan tekanan

darah mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Nadi mengalami takikardi, frekuensi respirasi meningkat dan suhu tubuh klien akan naik $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$

(c) Pemeriksaan Fisik Persistem

(1) Sistem Respirasi

Dikaji dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Dalam sistem ini perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan, adanya sekret, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada apakah simetris atau tidak, bunyi nafas, adanya ronchi atau tidak, frekuensi dan irama nafas.

(2) Sistem Cardiovasculer

Dikaji mulai dari warna konjungtiva, warna bibir, tidak ada peningkatan JVP, peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, penurunan atau peningkatan tekanan darah.

(3) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan dikaji mulai dari mulut sampai anus, dalam sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada

tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, turgor kulit kembali lagi. Adanya lesi pada daerah abdomen, adanya massa, pada auskultasi dapat diperiksa peristaltik usus.

(4) Sistem Perkemihan

Dikaji ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensio urine, ada atau tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urine apakah ada nyeri pada waktu miksi atau tidak.

(5) Sistem Neurologis

Secara umum pada kasus hernia inguinalis tidak mengalami gangguan, namun gangguan terjadi dengan adanya nyeri sehingga perlu dikaji tingkat skala (0-10) serta perlu dikaji tingkat GCS dan pemeriksaan fungsi syaraf kranial untuk mengidentifikasi kelainan atau komplikasi.

(6) Sistem Integumen

Dalam sistem ini perlu dikaji keadaan kulit (turgor, kebersihan, pigmentasi, tekstur dan lesi) serta perlu dikaji kuku dan keadaan rambut sekitar kulit atau ekstremitas adakah udema atau tidak. Pada

klien post hernioraphy akan didapatkan kelainan integument karena adanya luka insisi pada abdomen, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya tanda radang daerah terkena adalah ada atau tidaknya lesi dan kemerahan, pengukuran suhu untuk mengetahui adanya infeksi.

(7) Sistem Endokrin

Dalam sistem ini perlu dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

(8) Sistem Muskuloskeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak, refleks pada ekstermitas atas dan bawah.

(9) Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan maka harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan, edema atau tidak.

(10) Data Psikologis

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

a) Status Emosional

Kemungkinan ditemukan klien gelisah dan labil, karena proses penyakit yang tidak di ketahui, tidak pernah diderita sebelumnya.

b) Konsep diri

Konsep diri didefinisikan sebagai semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang membuat orang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain, konsep diri terdiri dari :

(1) Gambaran Diri

Kaji klien bagaimana dengan badannya selama sakit dan setelah di operasi.

(2) Harga Diri

Kaji penilaian pribadi klien dalam memenuhi ideal diri klien.

(3) Peran Diri

Kaji kesadaran diri klien mengenai jenis kelaminnya, dan kaji apakah klien mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

(4) Identitas Diri

Tanyakan kepada klien tentang fungsinya sebagai laki-laki.

(5) Ideal Diri

Kaji persepsi klien tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi.

a) Stressor

Stressor adalah faktor-faktor yang menambah beban klien baik dari pelayanan kesehatan ataupun pribadi dan keluarga seseorang yang mempunyai stressor akan mempersulit dalam proses suatu penyembuhan penyakit.

b) Koping Mekanisme

Koping mekanisme ini merupakan suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stress yang dialami.

c) Harapan dan pemahaman klien tentang kondisi klien yang dihadapi. Hal ini perlu dikaji agar tim kesehatan dapat memberikan bantuan dengan efisien.

Pengkajian psikososial post hernia inguinalis meliputi bagaimana status emosi klien, harapan klien tentang penyakit yang dideritanya, gaya komunikasi, sosialisasi klien dengan keluarga atau masyarakat, interaksi klien di rumah sakit, gaya hidup klien sehari-hari, serta kepuasan

pelayan keperawatan yang klien rasakan dirumah sakit.

(11) Aspek Sosial dan Budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor social serta support sistem sistem yang ada pada klien.

(12) Data Spiritual

Pada data spiritual menyangkut keyakinan terhadap Tuhan yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

(13) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium dan atau radiology perlu dilakukan untuk memvalidasi menegakan diagnose sebagai pemeriksaan penunjang.

(14) Data Pengobatan

Data ini digunakan untuk mengetahui jenis obat apa saja yang digunakan pada kasus hernia inguinalis. Untuk mengetahui keefektifan penyembuhan penyakit.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas disusun berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Hal ini dilakukan karena tidak mungkin semua masalah diatasi bersama – sama sekaligus. Jadi diputuskan masalah yang mana dapat diatasi terlebih dahulu berkaitan erat dengan kebutuhan dasar manusia (Setiadi, 2012). Untuk diagnosa keperawatan yang muncul menurut Nurarif & Kusuma (2015):

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi.
- 2) Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi bedah operasi.
- 3) Gangguan Rasa Aman Nyaman.
- 4) Ketidak seimbangan nutrisi : Kurang dari kebutuhan tubuh.
- 5) Resiko Pendarahan.

2.2.3 Intervensi

Intervensi atau perencanaan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan.

Merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan dimana perawat menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan bagi pasien ditentukan dan merencanakan intervensi keperawatan. Selama perencanaan, dibuat prioritas dengan kolaborasi klien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, telaah literatur, modifikasi asuhan keperawatan dan

tertata informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik. (Kumala & Mutaqim 2012)

Tabel 2.1
Gangguan Rasa Aman Nyaman

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
NOC	NIC	
a. Anxiety	1. Gunakan pendekatan	1. Meningkatkan
b. Fear Level	yang menenangkan	kenyamanan
c. Sleep Deprivation		pasien yang bisa
d. Comfort, Readiness for Enhanced		menimalkan kecemasan
	2. Nyatakan dengan	2. Membantu
Kriteria Hasil :	jelas harapan	pasien untuk
a. Mampu mengontrol kecemasan	terhadap pelaku pasien	berprilaku positif untuk mengurangi kecemasan
b. Status lingkungan yang nyaman	3. Jelaskan semua	3. Meningkatkan
c. Mengontrol nyeri	prosedur dan apa	sikap kooperatif dan
d. Kualitas tidur dan istirahat adekuat	yang dirasakan selama prosedur	mengurangi kecemasan
e. Agresi pengendalian diri		dengan melibatkan
f. Respon terhadap pengobatan		pasien
g. Control gejala		4. Mengurangi kecemasan

h. Status kenyamanan meningkat	4. Memberikan informasi tentang penyakit dan prognosis pasien	5. Meningkatkan kenyamanan pasien
i. Dapat mengontrol kekuatan	5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut	Sehingga bisa mengurangi kecemasan
j. Support social	6. Memberikan dukungan terhadap perencanaan hidup yang nyata setelah sakit	6. Meningkatkan perasaan akan keberhasilan dalam penyembuhan
k. Keinginan untuk hidup	7. Dengarkan dengan penuh perhatian	7. Agar pasien merasa diterima
	8. Identifikasi tingkat kecemasan	8. Memantau derajat kecemasan pasien
	9. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	9. Untuk mengetahui pemicu rasa cemas dan dapat ditentukan tindakan apa yang akan

	dilakukan
	10. Mengetahui
	apa yang
10. Dorong pasien untuk	diharapkan
mengungkapkan	pasien dari
perasaan ketakutan,	penyebab
persepsi	kecemasa

Tabel 2.2

Nyeri akut

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	rasional
NOC	NIC	
<i>1.Pain Level</i>	Mandiri	
<i>2.Pain control</i>	1.Lakukan pengkajian nyeri secara	1.Pilihan Intervensi dan
<i>3.Comfort level</i>	secara komprehensif termasuk lokasi,	memberikan dasar untuk
Kriteria Hasil :	karakteristik, durasi, frekuensi,	perbandingan dan evaluasi
a. Mampu mengontrol	kualitas, dan faktor presipitasi	terhadap terapi (Doengoes, 2018)
nyeri (tahu penyebab	2. Observasi reaksi non verbal dari	2.Isyarat non verbal dapat atau
nyeri, mampu	ketidak nyamanan	tidak dapat mendukung intensitas
menggunakan tehnik		nyeri klien, tetapi mungkin
nonfarmakologi,		merupakan satu-satunya indicator
untuk menguangi		jika klien dapat mengatakan secara
nyeri, mencari		verbal (Doengus, 2018)
bantuan)		3.Reduksi ansietas dan ketakutan
b. Melaporkan bahwa	3.Gunakan teknik komunikasi	dapat meningkatkan relaksasi dan
nyeri berkurang	terapeutik untuk mengetahui	kenyamanan (Doengus, 2012)
dengan menggunakan	pengalaman nyeri pasien	

<p>manajemen nyeri</p> <p>c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.</p> <p>5. Mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>6.Mengevaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau</p> <p>7.Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</p>	<p>4.Informasi ini menentukan data dasar kondisi pasien dengan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2012)</p> <p>5.Penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan keterlibatan pasien penggunaan teknik efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa control, dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang (Doengus, 2014)</p> <p>6..Memahami keparahan dan lokasi nyeri, membantu untuk menemukan upaya control nyeri yang tepat. Intervensi meliputi mediasi, pengaturan posisi, pengealihan imajinasi, relaksasi, dan teknik pernafasan.</p> <p>7. Informasi ini akan menemukan tindakan selanjutnya (Marini, 2010)</p> <p>8. Untuk meningkatkan manajemen nyeri non farmakologi (Marini, 2010)</p>
--	---	--

-
- | | |
|--|--|
| 9. Kurangi faktor prestipasi nyeri. | 9. Meningkatkan istirahat dan kemampuan koping (Marini, 2010) |
| 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis, non farmakologi dan interpersonal) | 10. Membantu pasien lebih beristirahat efektif dan memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan (Marini, 2010) |
| 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi | 11. Menemukan data dasar kondisi pasien dan memandu intervensi keperawatan (Doengus, 2014) |
| 12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi. | 12. Memfokuskan kembali perhatian, peningkatan relaksasi, dan tempat meningkatkan kemampuan koping. (Doengus, 2014) |
| 13. Berikan Analgetik untuk mengurangi nyeri. | 13. Meredakan nyeri, meningkatkan istirahat. (Marini, 2010) |
| 14. Mengevaluasi keefektifan control nyeri. | 14. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan (Doengus, 2014) |
| 15. Tingkatkan istirahat | |
-

-
- | | |
|--|--|
| 16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. | 15. Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan kemampuan coping (Doengus, 2014) |
| 17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri | 16. Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan suatu komplikasi, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang cepat dan tepat (Doengus, 2014) |
| Analgesic Administration | 17. Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien mengatasinya lebih efektif (Marini, 2010) |
| 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat. | 1. untuk menentukan pemberian analgetik yang dibutuhkan (Doengus, 2018) |
| 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat dosis, dan frekuensi. | 2. Menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian obat ke pasien dan perintah pemberian obat (Doengus, 2018) |
| 3. Cek riwayat alergi. | 3. Mencegah terjadinya alergi ketika pemberian medikasi (Mades, 2015) |
| 4. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu. | 4. Diperlukan untuk menghilangkan nyeri yang berat serta meningkatkan kenyamanan dan istirahat (Doengus, 2014) |
-

5. Tentukan analgetik tergantung tipe dan berat nyeri.	5. Penggunaan tipe analgetik yang sesuai dengan beratnya nyeri akan dapat mengatasi nyeri secara adekuat (Mades, 2015)
6. Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur.	6. Untuk memenuhi prinsip ketepatan pemberian obat (Yana, 2017)
7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.	7. Untuk mengetahui perubahan dari status TTV pasien (Doengus, 2018)
8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.	8. Penanganan nyeri secara cepat dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kenyamanan (Mades, 2015)
9. Evaluasi efektifitas analgesic, tanda dan gejala.	9. Untuk mengetahui ketepatan penggunaan analgetik (Doengus, 2018)

Tabel 2.3

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
NOC	NIC	
a. Nutritional Status : food Fluid	Mandiri	
b. Intake	1. Kaji adanya alergi makanan	1. Beberapa pasien mungkin mengalami alergi terhadap beberapa komponen makanan tertentu dan beberapa penyakit
c. Nutritional Status : nutrien intake		
d. Weight control		

Kriteria Hasil	seperti DM, hipertensi, goat, dan
a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan	lainnya sehingga memberikan manifestasi terhadap persiapan
b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi	komposisi makan yang akan diberikan (Marni, 2010)
c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	2. Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet
d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi	untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (Marni, 2010)
e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan	3. Membantu pembentukan sel darah merah dalam absorpsi makanan
f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	4. Mempertahankan kelembaban kulit dan cairan tubuh
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	5. Larutan gulkosa ditambahkan dengan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dL, dengan metabolisme mendekati normal,perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia (Marni, 2010)
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe	6. Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet
4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C	untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (Dongoes, 2012)
5. Berikan substansi gula	6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi	

-
- | | |
|---|---|
| 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) | 7. Untuk mendokumentasikan masukan oral selama 24 jam (Marni, 2010) |
| 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian | 8. Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi untuk memahami kebutuhan nutrisi klien (Dongoes, 2012) |
| 9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi | 9. Dengan pengetahuan yang baik tentang nutrisi akan memotivasi untuk meningkatkan pemenuhan nutrisi (Doengus, 2014) |
| 10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 10. Pemberian nutrisi sejak awal setelah intervensi dilakukan dengan memberikan makanan lunak yang mengandung kompleks karbohidrat seperti nasi lembek, roti, kentang, dan sedikit daging dan khususnya ayam (levine, 2009) |

Nutrisi Monitoring

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. Monitor adanya penurunan BB | 1. Membantu dalam |
|--------------------------------|-------------------|
-

		identifikasi malnutrisi protein-
2. Monitor mual muntah		kalori, khususnya bila berat badankurang dari normal
3. Monitor Kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht.		2. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 3. Mengetahui status nutrisi pasiensehingga dapat diberikan diet yang tepat
4. Catat jika warna lidah magenta scarlet.		4. Untuk mengetahui status nutrisi pasien (Kumala S, 2011)

Tabel 2.4
Resiko infeksi

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
NOC	NIC	
a.Immune status	Mandiri	
b.Knowledge : Infection control	1. Bersihan lingkungan setelah dipakai pasien lain	1. Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi (Marni, 2010)
c.Risk control	2. Pertahankan teknik isolasi	2. Untuk meminimalkan penyebaran infeksi (Marni, 2010)
Kriteria Hasil	3. Batasi pengunjung bila perlu	3. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain (Marni, 2010)
a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	4. Instruksikan pada pengunjung untuk	4. Untuk meminimalkan
b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi		

penularan serta penatalaksanaannya	mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien	penyebaran infeksi (Marni, 2010)
c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi	5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan	5. Mencuci tangan dengan baik dapat mengurangi penyebaran infeksi nasokomial (Marni, 2010)
d. Jumlah leukosit dalam batas normal	6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	6. untuk meningkatkan kesembuhan pada pasien dan mencegah terjadinya infeksi (Marni, 2010)
e. Menunjukkan perilaku hidup sehat	7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung 8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan 9. Berikan terapi antibiotik bila perlu 10. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik	7. teknik steril membantu untuk mencegah infeksi bakteri (Doengus, 2014) 8. membatasi sumber infeksi dimana dapat menimbulkan sepsis pada pasien (Doengus, 2014) 9. obat antibiotik untuk melawan infeksi (Marni, 2010) 10. untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien (Marni 2010)

Tabel 2.5

Resiko pendarahan

Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
NOC	NIC	1. Perubahan pada TD dan denyut nadi dapat digunakan untuk menentukan perkiraan kasar kehilangan darah, TD kurang dari 90 mmHg dan denyut nadi lebih dari 110
a. Blood lose severty	Mandiri	menandakan penurunan volume 5-35% atau kira-kira 1.000 mL Hipotensi postural mencerminkan penurunan volume sirkulasi
b. Blood koagulation	1. Monitor tanda-tanda pendarahan	2. Mengurangi kemungkinancedera meskipun aktivitas perlu dipertahankan (Doengus, 2018)
Kritria Hasil		3. Membantu mengetahui kebutuhan penggantian darah dan memantau efektifitas terapi
a. Tidak ada hematuria dan hematemesis	2. Pertahankan bedrset selama pendarahan aktif	4. Mendeteksi perubahan kemampuasn pembekuan, mengidentifikasi kebutuhan terapi (Doengus, 2018)
b. Kehilangan darah yang terlihat	3. Catat nilai Hb dan Ht sebelum dan sesudah terjadinya pendarahan.	5. Transfusi dapat
c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol	4. Monitor nilai lab (koagulai) yang meliputi PT, PTT, Trombosit	
d. Tidak ada pendarahan pervagina	5. Kolaborasi	
e. Tidak ada distensi abdominal		
f. Hemoglobin dan Hematocrit dalam batas normal		
g. Plasma, PT, PTT dalam batas normal		

<p>dalam pemberian produk darah</p>	<p>diperlukan pada kejadian pendarahan persistem atau pendarahan spontan masif (Doengus, 2018)</p>
<p>6. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan pendarahan</p>	<p>6. Mengurangi cedera tidak sengaja yang dapat menyebabkan pendarahan (Doengus, 2018)</p>
<p>7. Hindari pemberian aspirin dan anti koagulan</p>	<p>7. Medikasi ini mengurangi agregasi trombosit sehingga memperpanjang proses koagulasi, dan kemudian dapat menyebabkan iritasi lambung lebih lanjut sehingga</p>

2.2.4 Implementasi

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

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku yang tampil.

Evaluasi ditulis setiap kali setelah semua tindakan dilakukan terhadap pasien. Pada tahap evaluasi dibagi menjadi dua yaitu SOAPIER dan SOAP

S: Subyektif

Hasil pemeriksaan yang dikeluhkan oleh klien biasanya data ini berhubungan dengan kriteria hasil.

O : Obyektif

Hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh perawat biasanya data ini juga berhubungan dengan kriteria hasil

A : Analisa

Pada tahap ini analisa data subyektif dan obyektif dalam melakukan masalah klien

P : Perencanaan Asuhan Keperawatan

Dijelaskan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap klien

I : Intervensi

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang ada

E : Evaluasi

Evaluasi terhadap tindakan keperawatan

R : Reassessment

Melakukan pengumpulan data dan kembali, jika hasil pelaksanaan tindakan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Apakah rencana asuhan akan dirubah.

3.3 Konsep Nyeri

3.3.1 Pengertian

Nyeri merupakan kondisi perasaan yang tidak menyenangkan sifatnya sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala maupun tingkatannya, dan orang tersebutlah yang dapat yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut Judha dkk (2012) mengatakan bahwa nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya, persepsi seseorang, perhatian, dan variable-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa itu.

3.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi, dan durasi kurang dari 3 bulan (NANDA 2018), sedangkan nyeri kronis merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau

potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diprediksi atau diantisipasi dan berlangsung lebih dari 3 bulan (NANDA 2018)

3.3.3 Pengkajian Nyeri

Persepsi nyeri dapat diukur dengan menggunakan alat ukur intensitas nyeri. Alat yang digunakan untuk mengukur intensitas nyeri adalah dengan memakai skala intensitas nyeri. Adapun skala intensitas nyeri yang dikemukakan oleh Potter dan Perry adalah sebagai berikut.

1) Visual Analog Scale (VAS)

Skala ini berbentuk garis horizontal sepanjang 10cm, ujung kiri skala mengidentifikasi tidak ada nyeri dan ujung kanan menandakan nyeri yang berat. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat klien pada garis tidak ada nyeri, kemudian diukur dan ditulis dalam ukuran cm pada skala ini, garis dibuat memanjang tanpa ada suatu tanda angka kecuali angka 0 dan angka 10.

Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut:

0 = Tidak ada nyeri

1-2 = Nyeri ringan

3-4 = Nyeri sedang

- 5-6 = Nyeri berat
- 7-8 = Nyeri sangat berat
- 9-10 = Nyeri buruk sampai tidak tertahankan

Gambar 2.4

Visual Analog Scale (VAS)



2) Skala intensitas nyeri numeric rating scale (NRS)

Skala ini berbentuk garis horizontal yang menunjukkan angka-angka dari 0-10, yaitu angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 10 menunjukkan nyeri yang paling hebat. Skala ini merupakan garis panjang berukuran 10cm, yaitu setiap panjangnya 1cm diberi tanda. Skala ini dapat dipakai pada klien dengan nyeri yang hebat atau klien yang baru mengalami operasi. Tingkat angka yang menunjukkan oleh klien dapat digunakan untuk mengkaji efektifitas dari intervensi pereda rasa nyeri.

Skala ini dapat dipersepsikan sebagai berikut

- 0 = Tidak ada nyeri
- 1-3 = Sedikit nyeri
- 4-7 = Nyeri sedang
- 8-9 = Nyeri hebat

10 = Nyeri yang paling hebat

Gambar 2.5

Skala Intensitas Nyeri Numerik



3) Skala Faces Pain Rating Scale (FPRS)

FPRS merupakan skala nyeri dengan model gambar kartun dengan enam tingkatan nyeri dan dilengkapi dengan angka dari 0 sampai dengan 5. Skala ini biasanya banyak digunakan untuk mengukur skala nyeri pada anak.

Adapun pendeskripsian skala tersebut adalah sebagai berikut

- 0 = tidak menyakitkan
- 1 = sedikit sakit
- 2 = lebih menyakitkan
- 3 = lebih menyakitkan lagi
- 4 = jauh menyakitkan lagi
- 5 = benar-benar menyakitkan

(Elkin, Perry&Potter)

Gambar 2.6

Skala Face Pain



3.3.4 Batasan Karakteristik Nyeri

Menurut NANDA (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut :

- 1) Perubahan selera makan
- 2) Perubahan tekanan darah
- 3) Perubahan frekuensi jantung
- 4) Perubahan frekuensi pernafasan
- 5) Perilaku ekspresif
- 6) Melaporkan nyeri secara verbal
- 7) Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, meringis)

3.3.5 Mekanisme Nyeri

Nyeri secara keilmuan (pengakuan yang subyektif) terpisah dan berbeda dari istilah nonsisepsi. Nonsisepsi merupakan ukuran kejadian fisiologis. Nonsisepsis merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan, kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan spinalis dan otak. Nonsisepsi biasanya muncul tanpa ada rasa nyeri dan berada di alam bawah sadar. (Black & Hawks 2014)

Nyeri mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi seperti (1) peningkatan atau penurunan tekanan darah, (2) takikardi, (3) diaforesi, (4) takipneu, (5) fokus pada nyeri, dan (6) melindungi bagian tubuh

yang nyeri. Respon kardiovaskuler dan pernafasan akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai bagian dari respon fight or flight. Nyeri akut yang teratasi akan memicu sistem nyeri kronis. (Amin Huda & Hardhi Kusuma 2015)

2.3.6 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri pada pasien post op hernioraphy dapat dilakukan melalui terapi farmakologi maupun terapi non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu pemberian obat-obatan analgesik dan penenang. Terapi non-farmakologis dapat dilakukan dengan cara distraksi. Penatalaksanaan nyeri post op hernioraphy secara non farmakologis bukan sebagai pengganti utama terapi analgesic yang telah diberikan, namun sebagai terapi pelengkap untuk mengurangi nyeri setelah operasi. Kombinasi penatalaksanaan secara farmakologis dan non farmakologis merupakan cara terbaik untuk mengontrol nyeri post operasi. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks, 2014).

2.3.7 Hasil Penelitian Jurnal Terkait Teknik Distraksi

Kedua responden diberikan terapi Distraksi yaitu terapi Mendengarkan musik klasik setelah post op Hernioraphy selama 20 menit dilakukan dalam 2 sesi dalam satu hari jarak waktu antara sesi pertama dan kedua yaitu 4 jam, dan mendapatkan hasil yang efektif. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh salah satu Dosen S1 Keperawatan STIKE YPIB Majalengka yaitu Aat Agustini dengan judul **“Pengaruh Musik Klasik Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien**

Post Op Hernia” Memberikan Kesimpulan bahwa menurunkan intensitas nyeri dengan memberikan terapi Musik Klasik adalah efektif.