

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Hernia adalah terbentuk ketika kelemahan otot abdomen menyebabkan sebuah bagian *traktus gastrointestinal* menonjol keluar menembus otot. Hernia dapat terjadi ketika tekanan intra-abdomen meningkat karena *obesitas*, mengangkat beban berat, batuk, trauma tumpul pada abdomen, atau kehamilan (Rosdahl & Kowalski, 2017: 1694).

Hernia *inguinalis* adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau *scrotum*. Orang awam biasanya menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia *inguinalis* terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Hernia tipe ini sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Amin & Hardhi, 2013: 201).

Herniorafi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang kantong hernia disertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah di belakang kanalis *inguinalis* (Arif & Kumala, 2011: 589).

2. Etiologi

Defek congenital bertanggung jawab menimbulkan banyak hernia, hal ini sering terdeteksi segera setelah kelahiran bayi. Hernia didapat

mungkin terjadi akibat mengangkat beban berat, kehamilan, batuk, atau bersin, di usia lanjut, *obesitas* dan kelemahan otot dapat menyebabkan hernia (Rosdahl & Kowalski, 2017: 1694). Hernia terjadi jika ada gangguan integritas dari otot-otot dinding dan disertai dengan peningkatan tekanan intra-abdomen. Kelemahan otot *congenital* merupakan salah satu faktor risiko, dan juga faktor-faktor lain yang meningkatkan tekanan intra-abdomen. Kelemahan otot tidak dapat dicegah, tetapi ada latihan yang dapat dilakukan untuk memperkuat otot yang lemah. Oleh karena *obesitas* merupakan salah satu penyebab intra-abdomen, maka kontrol berat badan dapat membantu mengurangi risiko. Hindari mengangkat benda berat dan mengejan, yang mana dapat meningkatkan tekanan intra-abdomen (Joyce & Jane, 2014: 201).

3. Anatomi dan Fisiologis

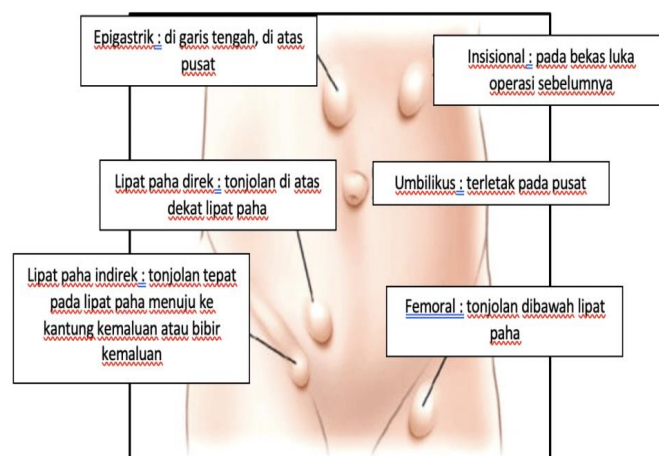
Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar, yang berhubungan dengan *aponeurosis*, fascia, lemak, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan *fasia oblik* yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan *aponeurosis*.

Otot *tranversus abdominis* adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia *inguinalis*. Bagian kauda otot membentuk lengkungan *aponeurotik transversus abdominis* sebagai tepi atas cincin *inguinal internal* dan di atas dasar medial kenalis *inguinalis*. Ligamentum *inguinal* menghubungkan

antara *tuberkulum pubikum* dan *Spina Ilika Anterior Superior* (SIAS). Kanalis *inguinalis* dibatasi di *krainolateral* oleh *anulus ingunalis internus* yang merupakan bagian terbuka dari *fasia tranversalis* dan *aponeurosis musculus tranversus abdominis*. Pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum publikum, kanal ini dibatasi oleh *anulus ingunalis eksternus*, bagian terbuka dari *aponeurosis musculus oblikus eksternus*. Bagian atas terdapat *aponeurosis musculus oblikus eksternus*, dan pada bagian bawah terdapat ligamen inginalis .

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inginalis, yaitu kanalis *inguinalis* yang berjalan miring, adanya struktur dari *musculus oblikus internus abdominis* yang menutup anulus *inguinalis internus* ketika berkontraksi dan adanya fasia transversa yang kuat menutupi trigonum. *Hasselbach* yang umumnya hampir tidak berotot. Pada kondisi patologis gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia *inguinalis* (Sjamsuhifayat, 2005 dalam Arif & Kumala, 2011: 586).

Gambar 2.1
Anatomi Hernia *Inguinalis*



Macam-macam Hernia menurut letaknya adalah sebagai berikut :

- a. *Hernia hiatal* adalah kondisi di mana kerongkongan (pipa tenggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (toraks).
- b. *Hernia epigastrik* terjadi di antara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut.
- c. *Hernia umbilikal* berkembang di dalam dan sekitar umbilikus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya.
- d. *Hernia inguinalis* adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”.
- e. *Hernia femoralis* muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.
- f. *Hernia inisisional* dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan di sekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.
- g. *Hernia nukleus puposi (HNP)* adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Di antara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap goncangan cakram.

4. Patofisiologi

Hernia inguinalis tidak langsung (*hernia inguinalis lateralis*), di mana protusi keluar dari rongga peritoneum melalui anulus *inguinalis internus*

yang terletak lateral dari pembuluh *epigastrika inferior*, kemudian hernia masuk ke dalam kanalis *inguinalis* dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar *anulus inguinalis eksternus*. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai ke skrotum melalui jalur yang sama seperti pada saat testis bermigrasi dari rongga perut ke skrotum pada saat perkembangan janin. Jalur ini biasanya menutup sebelum kelahiran, tetapi mungkin tetap menjadi sisi hernia dikemudian hari (Manoharan, 2005).

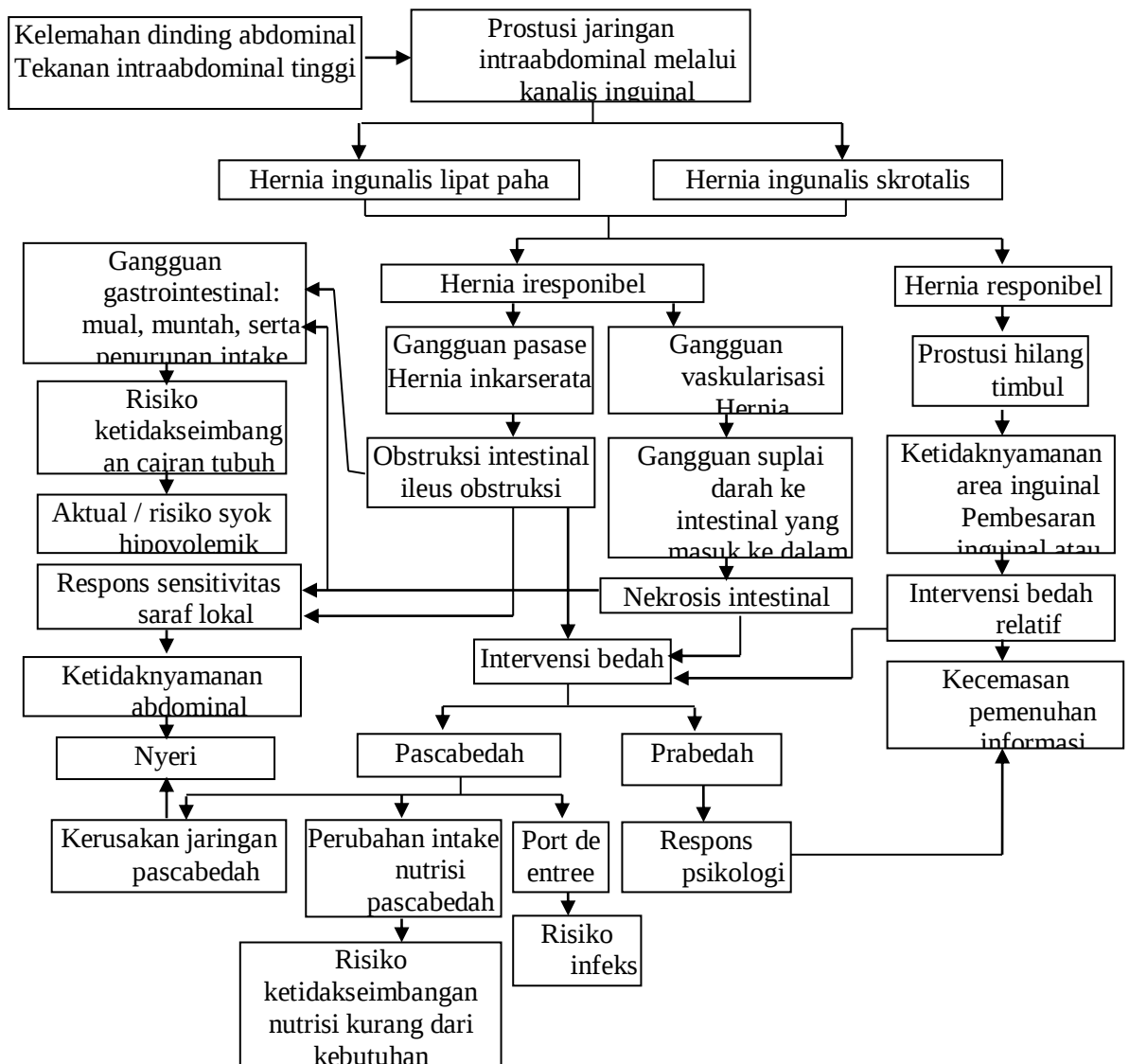
Hernia *inguinalis* langsung (hernia *inguinalis* medialis), di mana kondisi protrusi langsung kedepan melalui segitiga *Hesselbach*, daerah yang dibatasi oleh ligamen *inguinalis* di bagian *inferior*, pembuluh *epigastrika inferior* di bagian lateral dan tepi otot rektus di bagian medial. Dasar segitiga *Hasselbach* dibentuk oleh fascia transversal yang diperkuat oleh serat *aponeurosis musculus transversus abdominis* yang terkadang tidak sempurna sehingga daerah ini potensial untuk menjadi lemah. Hernia medialis, karena tidak keluar melalui kanalis *inguinalis* dan tidak ke skrotum, umumnya tidak disertai strangulasi karena cincin hernia longgar. Saraf *ilioinguinalis* dan saraf *iliofemoralis* mempersarafi otot di regio *inguinalis*, sekitar kanalis *inguinalis*, dan tali sperma, serta sensibilitas kulit regio *inguinalis*, skrotum, dan sebagian kecil kulit tungkai atas bagian proksimomedial (Sjamsuhidayat, 2005)

Pada kondisi hernia *inguinalis* yang bisa keluar masuk atau protrusi dapat bersifat hilang timbul disebut dengan *hernia responibel*. Kondisi protrusi terjadi jika pasien melakukan aktivitas berdiri atau mengedan kuat dan masuk lagi jika berbaring atau distimulasi dengan mendorong

masuk perut. Kondisi ini biasanya tidak memberikan manifestasi keluhan nyeri atau gejala *obstruksi* usus. Apabila prostusi tidak dapat masuk kembali ke dalam rongga perut, maka ini disebut *hernia ireponibel* atau *hernia akreta*. Kondisi ini biasanya berhubungan dengan perlekatan isi kantong dan *peritoneum* kantong hernia. Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus (Nicks, 2008 dalam Arif & Kumala, 2011 : 587).

Bagan 2.1

Pathway Hernia *Inguinalis*



(Sumber : Arif Muttaqin & Kumala Sari ,2011: 588)

5. Manifestasi klinis

Menurut Amin & Hardhi (2013: 203) tanda dan gejala pada penderita hernia adalah sebagai berikut:

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

6. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Arif & Kumala (2011: 589) pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan manifestasi klinik hernia adalah sebagai berikut:

- Inspeksi : Secara umum akan terlihat penonjolan abnormal pada lipat paha. Apabila tidak terlihat dan terdapat riwayat adanya penonjolan, maka dengan pemeriksaan sederhana pasien didorong untuk melakukan aktivitas peningkatan intra abdominal, seperti mengedan untuk menilai adanya penonjolan pada lipat paha.
- Palpasi : Turgor kulit <3 detik menandakan gejala dehidrasi. Palpasi pada kantong hernia yang kosong kadang dapat

diraba pada funikulus sebagai gesekan dari dua lapis kantong yang memberikan sensasi gesekan dua permukaan sutera. Tanda ini disebut tanda sarung tangan sutera, tetapi umumnya tanda ini sukar ditentukan. Kantong hernia mungkin berisi organ, tergantung isinya pada papalasi mungkin teraba usus, *omentum* (seperti karet, atau *ovarium*. Dengan jari telunjuk atau jari kelingking, pada anak, dapat dicoba mendorong isi hernia dengan menekan kulit skrotum melalui *anulus eksternus* sehingga hernia dapat diresposisi, pada waktu jari masih berada dalam *anulus eksternus* pasien diminta mengedan. Apabila ujung jari menyentuh hernia berarti hernia inguialis lateralis, dan apabila bagian sisi jari yang menyentuhnya, berarti hernia *inguinalis medialis* (Sjamsuhidayat, 2005).

- Perkusi : Nyeri ketuk dan timpani terjadi akibat adanya *flatulen*, menandakan sekunder dari adanya *obstruksi intestinal* atau *hernia strangulasi*.
- Auskultasi : Penurunan bising usus atau tidak ada bising usus menandakan gejala *obstruksi intestinal*.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat membantu meliputi, pemeriksaan kultur jaringan untuk mendeteksi adanya *adenitis tuberculosis*, foto polos abdomen untuk mendeteksi adanya udara pada usus dan untuk mendeteksi adanya *ileus*, CT Scan untuk mendeteksi adanya *hernia ekstrakolon* dan USG untuk menilai massa hernia inguinal (Arif & Kumala, 2011: 589).

8. Penatalaksanaan medis

Menurut Arif & Kumala (2011: 589) setiap penderita hernia *inguinalis* lateralis selalu harus diobati dengan jalan pembedahan. Pembedahan secepat mungkin setelah diagnosis ditegakkan. Adapun prinsip pembedahan hernia *inguinalis* lateralis yaitu: *herniotomi*, *hernioplasti*, dan *herniorafi*. *Herniotomi* adalah membuang kantong hernia, hal ini terutama pada anak-anak karena dasarnya adalah *congenital* tanpa adanya kelemahan dinding abdomen. Sedangkan *Herniorafi* adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang kantong hernia disertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah di belakang kanalis *inguinalis*.

9. Komplikasi post operasi

Menurut, Rosdahl & Kowalski (2017: 910), Komplikasi pada pasien post operasi, yaitu: perdarahan (*Hemoragi*), syok, *hipoksia* (Ketidakadekuatan oksigen), infeksi luka perdarahan, *retensi urin*, *konstipasi*, gelisah dan sulit tidur dan *hipotermia* (suhu tubuh kurang dari normal)

10. Konsep teori luka

a. Pengertian luka

Luka adalah cedera fisik yang menyebabkan kerusakan kulit atau *membrane mukosa* (Rosdahl & Kowalski, 2017: 910).

b. Proses penyembuhan luka

Menurut Corwin, 2007 dalam Nian Afriani (2015: 233), terdapat tempat fase penyembuhan luka yaitu sebagai berikut:

- 1) Fase I penyembuhan luka, leukosit mencerna bakteri dan jaringan rusak. Fibrin bertumpuk pada gumpalan yang mengisi luka dan pembuluh darah tumbuh pada luka dari benang fibrin sebagai kerangka. Luka kekuatannya rendah tapi luka yang dijahit akan menahan jahitan dengan baik. Pasien akan terlihat dan merasa sakit pada fase ini yang berlangsung selama 3 hari.
- 2) Fase II berlangsung 3-14 hari setelah pembedahan. Leukosit mulai menghilang, semua *lapisan epitel* mulai bergenerasi selengkapnya dalam 1 (satu) minggu. Jaringan baru memiliki sangat banyak jaringan *vaskuler*, jaringan ikat bewarna kemerah-merahan karena banyak pembuluh darah dan mudah terjadi perdarahan, pasien akan terlihat lebih baik. Tumpukan kolagen serabut protein putih akan menunjang luka dengan dalam 6-7 hari. Jadi jahitan diangkat pada waktu ini, tergantung pada tempat dan luas nya bedah.
- 3) Pada Fase III kolagen akan bertumpuk. Hal ini akan menekan pembuluh darah baru dan arus darah menurun. Luka sekarang terlihat seperti bewarna merah jambu yang luas. Pada fase ini yang kira-kira berlangsung dari minggu ke dua sampai minggu ke enam *post operasi*, pasien harus menjaga agar tidak menggunakan otot yang terkena.

- 4) Fase IV berlangsung beberapa bulan post operasi pasien akan mengeluh gatal diseperti luka. Kolagen terus menimbun pada waktu ini, luka menciut dan menjadi tegang. Bila luka dekat persendian akan terjadi kontraktur.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam teori hierarki dalam kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter & Perry, 1997 dalam Hidayat & Uliyah, 2014: 4).

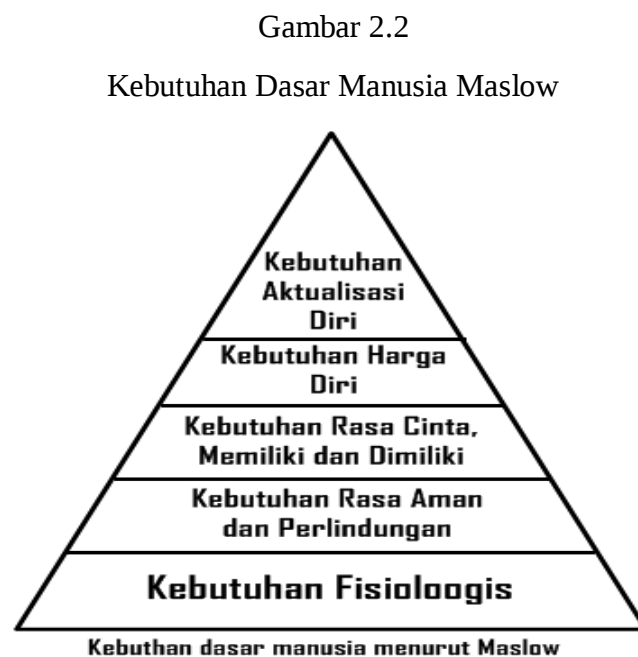
Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow (Potter & Perry, 1997 dalam Hidayat & Uliyah, 2014: 6). Dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup, ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing, misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk

sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain, dan sebagainya.

3. Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh sekelompok sosial, dan sebagainya.
4. Kebutuhan akan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Kebutuhan tersebut dapat digambarkan sebagai suatu piramida pada gambar di bawah ini:



(Sumber: Mubarak & Chayatin, 2008: 03)

Pada kasus *post operasi herniorafi* kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan rasa aman nyaman lebih tepatnya kebutuhan

bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pada klien. Rasa tidak nyaman ini ditunjukkan dengan timbulnya tanda dan gejala seperti ketika ada nyeri, klien menunjukkan perilaku protektif dan tidak tenang, peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan atau penurunan frekuensi pernafasan, *diaforesi*, wajah menyeringai dan perilaku distraksi seperti menangis dan merintih (Hidayat & Uliyah, 2002: 172)

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan. Seorang ahli teori nyeri yang terkenal, Margo Mc.Caffery, menyatakan dalam makalah klasiknya bahwa “Nyeri adalah apapun yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya sebagai nyeri, ada kapan pun individu tersebut mengatakan ada (Mc.Caffery, 1968 dalam Rosdahl & Kowalski, 2017: 881). Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang actual atau potensial. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang dibandingkan suatu penyakit manapun (Tjitra, Dewi Saputra, 2014, vol. 02, No.02).

Nyeri disebabkan karena adanya kerusakan jaringan dalam tubuh sebagai akibat dari adanya cedera, kecelakaan, maupun tindakan medis seperti operasi dan trauma (Ratnasari, 2013 dalam Enggal Hadi, 2016, vol.1, No.2).

Menurut Mubarak dan Chayatin (2008: 213) pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri, serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut:

1. P (*Provoking*), atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri.
2. Q (*Quality*), atau kualitas nyeri (misalnya, tumpul, tajam atau tersayat)
3. R (*Region*), atau daerah, yaitu daerah perjalanan ke daerah lain.
4. S (*Severity*), atau keganasan, yaitu intensitas nyeri.
5. T (*Time*), atau waktu, yaitu serangan, lamanya, frekuensinya, dan sebab.

C. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan klien. Dan terdiri dari 4 tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, atau ada pula yang menerjemahkannya ke dalam 5 tahap yaitu: pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Suarni Lisa & Apriyani Heni, 2017: 16).

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Mutaqin, 2010: 2).

Menurut (Suarni Lisa & Heni Apriyani, 2017: 26) format pengkajian sebagai berikut:

a. Identifikasi

Meliputi kamar / ruangan, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, waktu pengkajian, no. rekam medis, nama inisial klien, umur, alamat, jenis kelamin, status pernikahan, agama pendidikan, dan pekerjaan.

b. Data medik

1) Dikirim oleh:

2) UGD / Dokter praktik

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada hernia biasanya keluhanannya terjadi ketika tekanan intra abdomen meningkat karena obesitas, batuk, mengangkat beban berat atau kehamilan. Pada hernia *inkaserata* (terisolasi) dan *stangulata* akut (terpilin) didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah dan *anoreksia*.

d. Keluhan utama saat pengkajian

Riwayat penyakit sistemik seperti *gastritis* serta asam urat

e. Pengkajian fisik pada pasien *post* operasi *herniorafi* menurut Arif & Kumala (2011), sebagai berikut :

1) Inspeksi

Secara umum akan terlihat penonjolan abnormal pada lipat paha.

Apabila tidak terlihat pasien didorong untuk melakukan aktivitas peningkatan intra abnorminal, seperti mencedan.

2) Palpasi

Bila dipalpasi mungkin teraba usus dengan jari telunjuk atau jari kelingking.

Fokus pengkajian *post* operasi herniorafi sebagai berikut:

a. Sistem pernafasan

Potensi jalan nafas, perubahan pernafasan

1) Auskultasi paru: keadekuatan ekspansi paru, kesimetrisan.

2) Inspeksi: pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan diafragma.

b. Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi darah, nadi dan suara jantung.

c. Sistem penglihatan

Inspeksi posisi mata, kelopak mata, pergerakan bola mata dan konjungtiva.

d. Sistem persarafan

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

e. Sistem perkemihan

Kontrol fungsi perkemihan kembali setelah 6-8 jam pasca anestesi, retensi urine, *dower chather* (kaji warna, jumlah urin, output urin <30ml/jam)

f. Sistem gastrointestinal

Mual, Muntah, memonito perdarah, mencegah obstruksi usus.

g. Sistem integument

Kaji faktor infeksi luka, tanda-tanda radang dan tanda-tanda perdarahan pada kulit.

h. Sistem muskuloskeletal

Kaji aktivitas pergerakan klien.

i. Pengkajian nyeri

Nyeri post operasi berhubungan dengan luka bedah, *drain* dan posisi intra operatif. Kaji tanda fisik dan emosi (peningkatan nadi dan tekanan darah, hipertensi, gelisah dan menangis), kaji kualitas nyeri sebelum dan setelah pemberian analgetik.

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Qori, dkk., (2019: 33) diagnosis yang muncul berdasarkan hasil pengkajian pada kasus *post operasi herniorafi* didapatkan diagnosis keperawatan sebagai berikut :

- a. Nyeri akut b.d adanya luka operasi
- b. Kerusakan integritas kulit b.d insisi luka pascaoperasi
- c. Ketidakefektifan pola nafas b.d nyeri dan penurunan ekspansi paru
- d. Risiko ketidakseimbangan cairan d.d trauma/perdarahan

3. Rencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara penyelesaian masalah dengan efektif dan efisien (NANDA NIC-NOC, 2015)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Gordon, 1994, dalam Potter & Perry, 1997). Tahapan implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni Lisa & Apriyani Heni, 2017: 20).

5. Evaluasi

Menurut (Alfaro-LeFevre, 1998 dalam Suarni Lisa & Apriyani, Heni, 2017: 73) tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui

pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Tujuan dari evaluasi antara lain: (1) Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, (2) Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, (3) Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, (4) Mendapatkan umpan balik dan, (5) Sebagai tanggungjawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Craven & Henle, 2000 dalam Suarni Lisa & Apriyani Heni, 2017: 73)

D. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan rasa nyaman : nyeri pada kasus *post operasi herniorafi* menurut SDKI, SLKI dan SIKI adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan dengan Gangguan Aman Nyaman: Nyeri Akut pada Kasus *Post Operasi Herniorafi* terhadap Ny.N
di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Pada tanggal 30 April-02 Mei 2019

No	Perencanaan		
	Diagnosis Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga	1. Kontrol nyeri (1.08063) Kriteria hasil : 1. Melaporkan nyeri yang terkontrol (5) 2. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 3. Mengenali faktor penyebab nyeri (5) 4. Skala nyeri berkurang (5) 5. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (5)	Manajemen Nyeri (1.08238) : 1. Identifikasi lokasi, karakteristi, durasi, frekuensi, kualits, intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Berikan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

1	2	3	4
	berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan Tanda Mayor : 1. Mengeluh nyeri 2. Tampak meringis 3. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindar nyeri) 4. Gelisah 5. Frekuensi nadi meningkat 6. Tekanan darah meningkat 7. Nafsu makan berubah 8. Menarik diri 9. Diaphoresis Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis (mis. <i>Inflamasi, iskemia, neoplasma</i>) 2. Agen pencederan kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritasi) 3. Agen pencedera fisik (mis. <i>Abes</i>, amputasi, terbakar, terpotong, prosedur operasi, dll)	2. Tingkat nyeri (L.08066) Kriteria hasil : 1. Tidak ada keluhan nyeri (5) 2. Tidak meringis (5) 3. Mual tidak ada (5) 4. Tidak bersikap protektif (5) 5. Tekanan darah normal (5) 6. Pola nafas membaik (5) 7. Frekuensi nadi normal(5)	Pemberian Analgesik (L.08243) 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat. 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri. 5. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan. 6. Monitor efektifitas analgesik 7. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

1	2	3	4
2	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis Definisi : Kerusakan integritas kulit (<i>dermis</i> dan/atau <i>epidermis</i>) atau jaringan (<i>membran mukosa</i>, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) Gejala dan Tanda Mayor : 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit 2. Nyeri 3. Perdarahan 4. Kemerahan 5. <i>Hematoma</i> Penyebab : 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelemahan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif	Penyembuhan luka (L.14130) Kriteria hasil : 1. Pembentukan jaringan parut meningkat (5) 2. Tidak ada peradangan pada luka (5) 3. Tidak ada infeksi (5) 4. Jaringan granulasi meningkat (5) 5. Penyatuan kulit meningkat (5) Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda-tanda perdarahan (5) 2. Tidak ada kemerahan (5) 3. Adanya jaringan parut (5) 4. Sensasi kulit membaik (5) 5. Elastisitas meningkat (5)	Perawatan luka (L.14564) : 1. Monitor karakteristik luka (mis., warna ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah <i>eksudat</i> dan <i>drainase</i> 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalori dan protein 7. Ajarkan prosedur perawatan secara mandiri 8. Kolaborasi pemberian antibiotik Perawatan integritas kulit (L.05174) : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, penurunan mobilisasi, perubahan sirkulasi) 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Gunakan produk berbahan <i>petroleum</i> atau minyak pada kulit kering 4. Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion, serum) 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

1	2	3	4
	6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (<i>elektrodiatermi</i> , energi listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. <i>Neuropati perifer</i> 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan		
3	Pola nafas tidak efektif b.d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru. Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat Gejala dan Tanda Mayor : 1. <i>Dispnea</i> 2. Penggunaan otot bantu pernafasan	Pola Nafas (L.01004): Kriteria hasil: 1. Tidak ada dispnea (5) 2. Tidak ada penggunaan otot bantu nafas (5) 3. Frekuensi nafas normal (5) 4. Ventilasi semenit membaik (5) 5. Tekanan ekspirasi membaik (5) 6. Tekanan inspirasi membaik (5)	Manajemen Jalan Nafas (L.01011) : 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. <i>Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering</i>) 3. Posisikan <i>semi fowler</i> atau <i>fowler</i> 4. Berikan oksigen, jika perlu 5. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi

1	2	3	4
	3. Fase ekspirasi memanjang 4. Pola nafas abnormal (mis. <i>Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes</i>) Gejala dan Tanda Minor : 1. <i>Ortopnea</i> 2. Pernafasan <i>pulsed-lip</i> 3. Diameter thoraks <i>anterior-posterior</i> meningkat 4. Ventilasi semenit menurun 5. Kapasitas vital menurun 6. Tekanan ekspirasi menurun 7. Tekanan inspirasi menurun 8. Ekskursi dada berubah Penyebab : 1. Depresi pusat pernafasan 2. Hambatan upaya nafas (mis. Nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan) 3. Deformitas dinding dada 4. Deformitas tulang dada 5. Gangguan neuromuscular 6. Gangguan neurologis (mis. <i>Elektroensefalogram</i> (EEG))	Tingkat Ansietas (L.09093): Kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Frekuensi nadi membaik (5) 3. Tekanan darah normal (5) 4. Tidak pucat (5)	Pemantauan Respirasi (L.01014) : 1. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 2. Monitor saturasi oksigen 3. Atur interval pemantauan respirasi ssesuai kondisi pasien 4. Dokumentasikan hasil pemantauan 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 6. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

1	2	3	4
	positif, cedera kepala, gangguan kejang) 7. Imaturitas neurologis 8. Penurunan energi 9. Obesitas 10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru 11. <i>Sindrom hipoventilasi</i> 12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas) 13. Cedera pada medula spinalis 14. Efek agen farmakologis 15. Kecemasan		
4	Risiko ketidakseimbangan cairan d.d trauma/perdarahan Definisi : Berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari <i>intravaskuler, interstisial atau intraselular</i> . Faktor risiko : 1. Prosedur/pembedahan mayor 2. Trauma/perdarahan 3. Luka bakar	Keseimbangan Cairan (L.03020) Kriteria hasil : 1. Asupan cairan meningkat (5) 2. Membran mukosa lembab (5) 3. Asupan makanan membaik (5) 4. Tidak ada dehidrasi (5) 5. Turgor kulit membaik (5)	Manajemen Cairan (L.03098) : 1. Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. <i>Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN</i>) 3. Berikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i> . 4. Kolaborasi pemberian diuretic, <i>jika perlu</i>

1	2	3	4
	4. <i>Aferesis</i> 5. <i>Asites</i> 6. <i>Obstruksi intestinal</i> 7. Peradangan pankreas 8. Penyakit ginjal dan kelenjar 9. Disfungsi intestinal Kondisi klinis terkait : 1. Prosedur pembedahan mayor 2. Penyakit ginjal dan kelenjar 3. Perdarahan 4. Luka bakar	Tingkat Nausea (L.08065) Kriteria hasil : 1. Tidak ada perasaan ingin muntah (5) 2. Tidak ada diaphoresis (5) 3. Tidak pucat (5) 4. Nafsu makan meningkat (5)	Pemantauan Cairan (L.03121) : 1. Monitor frekuensi nadi dan kekuatan nadi 2. Monitor elastisitas atau turgor kulit 3. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Haus, lemah, berat badan menurun dalam waktu singkat) 7. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 8. Dokumentasikan hasil pemantauan 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>