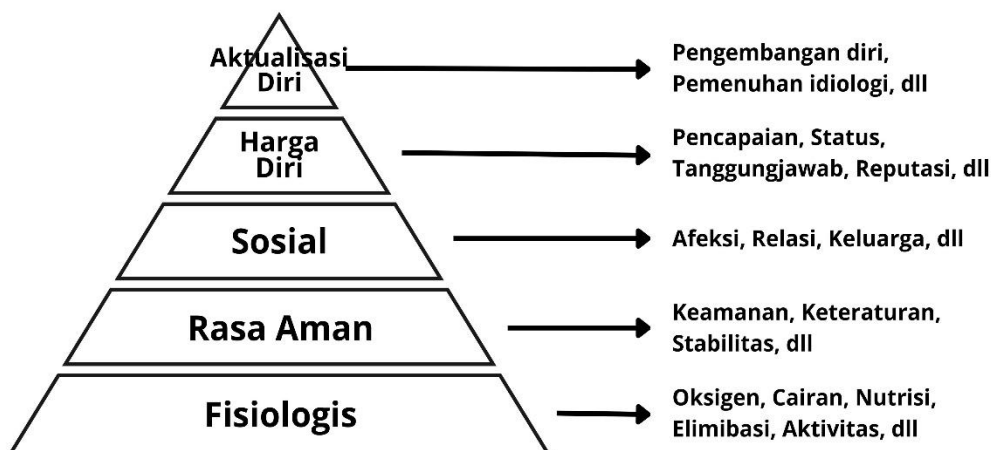


## BAB II TINJAUAN LITERATUR

### A. Konsep Masalah Utama

#### 1. Mobilitas fisik

Mobilitas fisik merupakan salah satu dari kebutuhan dasar manusia menurut teori hierarki Abraham Maslow. Mobilisasi masuk kedalam kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow, kebutuhan ini terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minum), kebutuhan nutrisi (makan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas (mobilisasi) dan juga kebutuhan seksual (Ernawati 2021).



**Gambar 2. 1 Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow**

Kebutuhan dasar aktivitas merupakan tingkat paling dasar dan menjadi fondasi untuk segala bentuk aktivitas. Maslow sendiri secara eksplisit menyebutkan aktivitas sebagai salah satu kebutuhan fisiologis, berdampingan dengan tidur dan eliminasi. Ini karena tubuh membutuhkan gerakan dan fungsi yang teratur untuk mempertahankan homeostasis dan mencegah kemunduran fisik. merujuk pada segala aspek yang memungkinkan individu untuk bergerak, berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari, dan berfungsi secara mandiri. Ini bukan sekadar kemampuan fisik untuk berpindah tempat, tetapi juga mencakup faktor-faktor yang mendukung mobilitas, energi, dan kualitas hidup secara keseluruhan.

Aktivitas adalah pilar fundamental bagi kesehatan dan kesejahteraan. Tanpa kemampuan beraktivitas yang memadai, seseorang dapat menghadapi berbagai masalah, baik fisik maupun psikologis. Misalnya, keterbatasan gerak dapat menyebabkan otot melemah, tulang keropos, bahkan luka tekan (dekubitus). Secara mental, kurangnya aktivitas bisa memicu rasa bosan, isolasi, hingga depresi (Anggeria *et al*, 2022).

a. Definisi Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik merujuk pada ketidakmampuan seseorang bergerak secara bebas karena kondisi tertentu. Hambatan mobilitas fisik dapat disebut juga gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan terjadinya keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik pada satu ekstremitas atau lebih secara mandiri (PPNI, 2017).

b. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) terdapat tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik antara lain:

1) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif: Terjadi penurunan pada kekuatan otot dan rentang

2) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Nyeri saat digerakkan, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak.

Objektif: Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

c. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, menyatakan bahwa terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu karena terjadi karena kerusakan integritas kulit, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi,

kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi.

d. Faktor yang Menyebabkan Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut faktor yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami hambatan mobilitas fisik diantaranya:

- 1) Gaya Hidup, perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam beraktivitas karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- 2) Proses Penyakit, proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi system tubuh.
- 3) Kebudayaan, kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan memiliki kemampuan dalam bergerak yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami hambatan mobilitas karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- 4) Tingkat Energi, energi adalah sumber untuk melakukan pergerakan dalam beraktivitas. Dengan energi yang cukup maka seseorang dapat melakukan aktivitasnya dengan baik.
- 5) Usia, usia dapat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas. Pada lansia dalam kemampuannya untuk melakukan aktivitas mengalami penurunan karena adanya faktor penuaan.

e. Cara Mengidentifikasi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Hidayat dan Uliyah dalam (Erinna, 2023) untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan pengkajian pada aktivitas sehari-hari, kekuatan otot, dan latihan gerak ROM (*Range Of Motion*).

## 2. Konsep Hernia

### a. Definisi Hernia

Menurut Amin & Hardi (2015) dalam buku *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* hernia adalah penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari rongga yang bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui cacat atau kelemahan lapisan otot-aponeurotik dinding perut. Hernia berisi cincin (fasia), kantong (peritoneum) dan isi hernia.

### b. Etiologi

Faktor risiko terjadinya hernia menurut (Zuar et al., 2023) adalah:

- 1) Lemahnya dinding rongga perut, baik yang sudah ada sejak lahir maupun yang didapat selama hidup.
- 2) Akibat pembedahan sebelumnya.
- 3) Banyaknya lemak pre-peritoneal, yang sering terjadi pada orang gemuk.
- 4) Distensi dinding abdomen akibat peningkatan tekanan intra abdominal.
- 5) Sikatrik (jaringan parut).
- 6) Penyakit yang melemahkan dinding perut.
- 7) Mengejan
- 8) Obesitas
- 9) Kongenital
- 10) Diabetes mellitus.

### c. Klasifikasi

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (Amin & Hardi, 2015) letaknya, hernia di bagi atas beberapa tempat yaitu :

- 1) Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasanya menyebutnya “sturun berok”. Hernia ini terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah.

- 2) Hernia umbilikal merupakan hernia yang berkembang di dalam dan sekitar umbilikus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya. Orang Jawa sering menyebutnya “wudel bodong”. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), jenis hernia ini biasanya menutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.
- 3) Hernia hiatal adalah kondisi di mana kerongkongan (pipa tenggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (*toraks*).
- 4) Hernia epigastrik terjadi di antara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terdiri dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk di bagian dinding perut yang relatif lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali ke dalam perut ketika pertama kali ditemukan.
- 5) Hernia *Femoralis* muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.
- 6) Hernia Insisional dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan di sekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.
- 7) Hernia *nukleus pulposi* (HNP) adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Di antara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap guncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus intervertebralis yang menyebabkan saraf terjepit (*sciatica*). HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.

Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas:

- 1) Hernia bawaan atau kongenital  
atogenesis pada jenis hernia inguinalis lateralis (indirek):Kanal inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8

kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritonium ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalisperitonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini tidak menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra-abdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

- 2) Hernia dapatan atau akuisita (*acquisitus* = didapat): yakni hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.

Menurut sifatnya, hernia dapat di sebut :

- 1) Hernia *reponibel/reducible*, yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mengedap dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- 2) Hernia *ireponibel*, yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (*accretus* = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
- 3) Hernia strangulata atau inkarserata (*incarceratio* terperangkap, *carcer* penjara), yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia.

Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan *pasase* atau vaskularisasi. Secara klinis "hernia inkarserata lebih di maksudkan untuk hernia *ireponibel* dengan gangguan *pasase*, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai "hernia strangulata". Hernia strangulata mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

d. Manifestasi Klinis

Keluhan yang biasa terjadi pada orang dewasa adalah terdapatnya penonjolan di inguinalis yang terlihat pada saat mengejan, batuk kronis maupun melakukan pekerjaan yang berat dan menghilang saat istirahat atau berbaring. Tanda dan gejala hernia inguinalis menurut (Setyaningrum, 2023) meliputi :

- 1) Adanya benjolan di area lipatan paha bisa terjadi di luar maupun di dalam organ.
- 2) Nyeri di sertai perasaan mual pada area benjolan bila isinya terjepit
- 3) Merasakan gejala mual dan muntah jika sudah terjadi komplikasi
- 4) Benjolan hernia akan bertambah besar bila penderita mengejan, batuk maupun mengangkat barang berat.

e. Patofisiologi

Terjadinya hernia disebabkan oleh dua faktor utama, yang pertama adalah faktor kongenital yaitu kegagalan penutupan prosesus vaginalis pada waktu kehamilan. Umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi pada bayi yang sudah lahir. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini tidak menutup karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka dalam keadaan normal. Kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan. Bila kanalis tidak

mengalami obliterasi atau menutup maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital (Setyaningrum, 2023) .

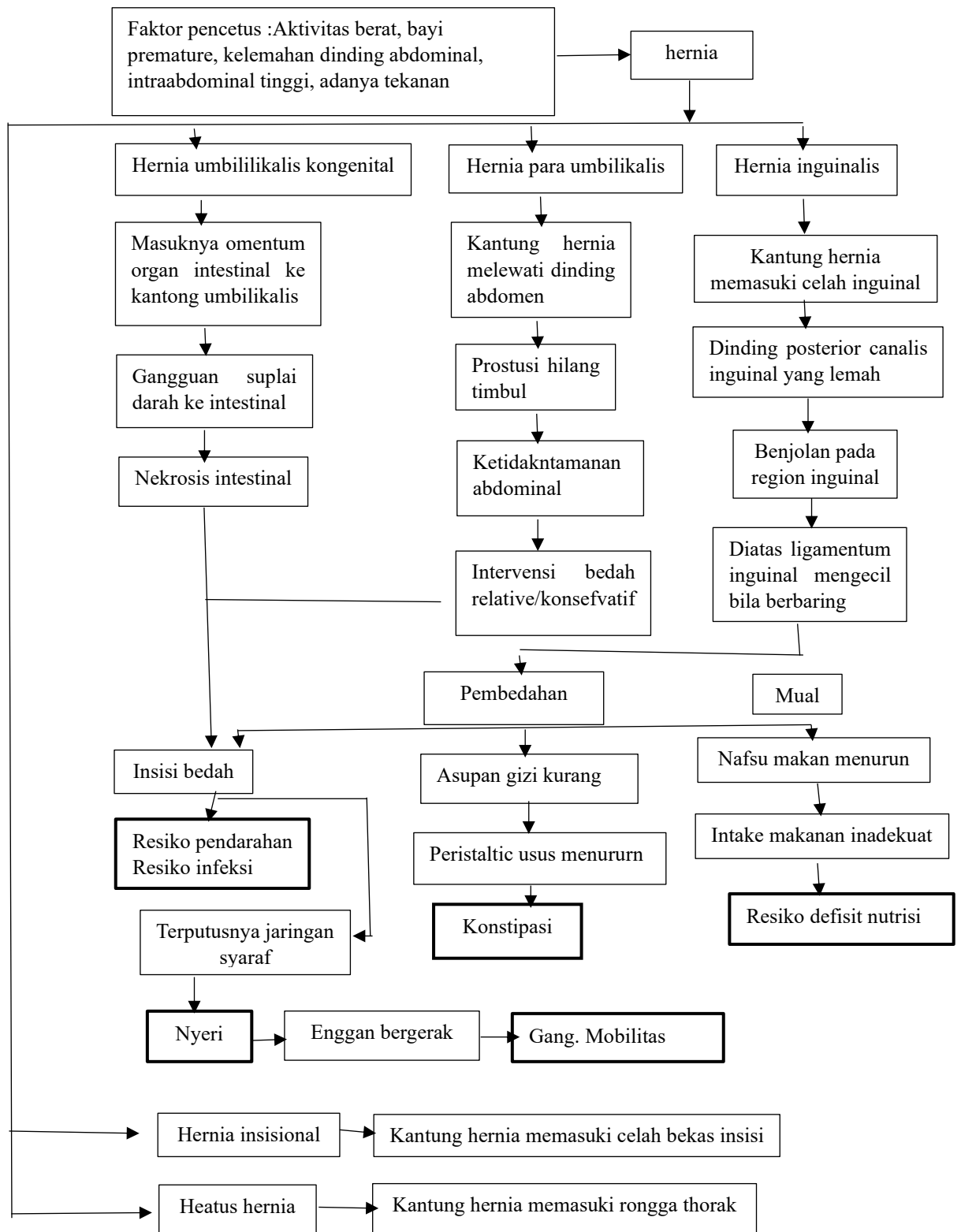
Faktor yang kedua adalah faktor yang didapat seperti hamil, batuk kronis, pekerjaan mengangkat benda berat dan faktor usia. Riwayat pembedahan abdomen, kegemukan, merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya hernia. Masuknya isi rongga perut melalui kanal inguinalis, jika cukup parah maka akan menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut tonjolan akan sampai ke skrotum. (Putri et al., 2023).

Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan *locus minoris resistance*, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut. (Putri et al., 2023).

Potensial komplikasi terjadi pelengketan antara inti hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarserata dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, peritonitis (Setyaningrum, 2023).



## f. Pathway

**Gambar 2. 2 Pathway Hernia**

Sumber : (Amin &amp; Hardi, 2015)

g. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang menurut (Setyaningrum, 2023) pada penderita hernia dapat dilakukan dengan USG (ultrasonografi), CT scan, dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*). Dengan pemeriksaan ini, keterlibatan organ yang tertinggal di dalam kantung hernia dapat diketahui dengan lebih tepat. Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan meliputi :

- 1) Sinar X abdomen untuk mengetahui kadar gas dalam usus atau obstruksi usus
- 2) Laparoskopi dapat digunakan untuk mengetahui posisi hernia inguinalis guna mengevaluasi hernia berulang atau tidak
- 3) Pemeriksaan herniogram dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritoneum guna melihat apakah ada tonjolan yang tidak simetris pada area inguinal.

Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan pada penderita hernia dapat dilakukan dengan teknik pemeriksaan sederhana yaitu :

- 1) Pemeriksaan *finger test* dengan cara memasukkan salah satu jari melalui skrotum menuju kanalis inguinalis. Bila terdapat benjolan yang menyentuh ujung jari maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.
- 2) Pemeriksaan *ziemen test* dengan melakukan manipulasi peningkatan intraabdomen, bila terdapat benjolan yang menyentuh jari 2 maka akan di asumsikan hernia inguinalis lateralis, bila menyentuh jari ke 3 hernia inguinalis medialis, bila menyentuh jari ke 4 maka akan di asumsikan sebagai hernia femoralis
- 3) Pemeriksaan *thumb test* dilakukan dengan menekan anulus internis dengan jari pertama, bila benjolan keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis medialis sebaliknya jika benjolan tidak keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia lateralis.

#### h. Penatalaksanaan Hernia

Terdapat dua macam penanganan pada hernia

##### 1) Konservatif

Tindakan ini bukan merupakan tindakan sementara sehingga dapat kambuh kembali meliputi (Setyaningrum, 2023):

##### a) Reposisi

Reposisi merupakan prosedur dimana isi hernia di kembalikan ke dalam perut tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam abdomen. Reposisi di lakukan secara bimanual atau menggunakan dua tangan sehingga tangan kiri membentuk corong dan tangan kanan mendorong cincin hernia agar isi hernia dapat kembali ke posisi semula. Tindakan ini tidak di anjurkan di lakukan pada hernia inguinalis strangulasi kecuali pada anak-anak.

##### b) Suntikan

Di lakukan dengan cara penyuntikan pada daerah sekitar hernia guna memperkecil pintu hernia. Cairan yang di gunakan adalah cairan sklerotik berupa alkohol.

##### c) Sabuk hernia

Tindakan ini di lakukan pada penderita hernia yang memiliki pintu hernia relative kecil dan penderita yang menolak tindakan operasi.

##### 2) Tindakan operatif

Penatalaksanaan dari hernia inguinalis lateralis adalah dengan di lakukan tindakan operatif. Tindakan operatif merupakan satu-satunya tindakan pengobatan rasional untuk hernia (Setyaningrum, 2023).

Operasi hernia di bedakan 3 macam menurut (Amin & Hardhi, 2015) :

a) *Herniotomy*

*Herniotomy* dilakukan dengan cara membuka kantung hernia untuk memastikan isi kantung hernia. Setelah kantung hernia dibuka, masukkan kembali isi kantung hernia ke dalam rongga perut dan ikat serta potong hernia.

b) *Hernioplasty*

*Hernioplasty* adalah prosedur pembedahan untuk mencegah hernia berulang dengan mengecilkan cincin inguinalis dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis

c) *Herniorraphy*

*Herniorraphy* merupakan prosedur dimana isi kantung hernia di kembalikan ke perut dan menutup celah yang telah terbuka dengan menjahit pertemuan antara tranversus dan muskulus ablikus intermus abdominus ke ligament inguinal.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al dalam Achmad Ulul Azmi, 2022).

a. Identitas klien

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan utama

Keluhan yang paling sering dirasakan saat dilakukan pengkajian awal, Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op *herniorraphy* adalah nyeri.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang:

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST menurut (Erinna, 2023) :

P: paliatif/profokatif yaitu penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi *hernioraphy* biasanya pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila pasien bergerak atau batuk dan nyeri berkurang bila pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat.

Q: Kualitas/Kuantitas yaitu bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien. Pada Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala  $\geq 5$  (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas.

R: Regio/tempat yakni dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen.

S: Skala yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi.

T: Time yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari.

2) Riwayat Kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah dalam anggota keluarga tersebut ada yang mengalami penyakit yang sama dengan klien

d. Pola keseharian

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, *personal hygiene*, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, *personal hygiene* kurang terpenuhi.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post *hernioraphy*, antara lain, sebagai berikut (Khikmatul Khoeriyah et al., 2024).

1) Kondisi umum

Penampilan umum pasien post operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

2) Sistem pernafasan

Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan peningkatan frekuensi nafas. Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien post operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi.

4) Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi *hernioraphy* di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi *hernioraphy* biasanya akan mengalami penurunan bising usus

namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual (Khikmatul Khoeriyah et al., 2024).

5) Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi *hernioraphy* pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

6) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi *hernioraphy* tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

7) Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi *hernioraphy*. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi *hernioraphy* (biasanya pasien dipuasakan).

8) Sistem muskuloskeletal

Pasien post operasi *hernioraphy* dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur,

9) Sistem integument

Terdapat luka post operasi *hernioraphy* di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

10) Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes

*Rinne, Webber, dan Schwabach.* Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran.

#### 11) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi *hernioraphy* biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan.

#### f. Hasil pemeriksaan diagnostik

Menurut Erinna (2023) semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

- 1) *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
- 2) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi post pembedahan.
- 3) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

#### 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosis keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Menurut Amin & Hardi (2015) dalam buku *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) diagnosa yang muncul pada kasus *hernioraphy* adalah :

##### a. Nyeri akut (D.0077)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.



**Tabel 2. 1 Diagnosa Nyeri Akut**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Penyebab</b><br>1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma)<br>2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan)<br>3) Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) |                                                                                                                                                                                                |
| <b>Tanda dan Gejala Mayor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |
| Subjektif<br>1) Mengeluh nyeri                                                                                                                                                                                                                                                                           | Objektif<br>1) Tampak meringis<br>2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri)<br>3) Gelisah<br>4) Frekuensi nadi meningkat<br>5) Sulit tidur                                |
| <b>Tanda dan Gejala Minor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |
| Subjektif<br>(tidak tersedia)                                                                                                                                                                                                                                                                            | Objektif<br>1) Tekanan darah meningkat<br>2) Pola nafas berubah<br>3) Nafsu makan berubah<br>4) Proses berfikir terganggu<br>5) Menarik diri<br>6) Berfokus pada diri sendiri<br>7) Diaforesis |
| Kondisi Klinis Terkait<br>1) Kondisi pembedahan<br>2) Cedera traumatis<br>3) Infeksi<br>4) Sindrom koroner akut<br>5) Glaukoma                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |

## b. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial.

**Tabel 2. 2 Diagnosa Gangguan Rasa Aman Nyaman**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Penyebab</b><br>1) Gejala penyakit<br>2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan<br>3) Ketidakadekuatan sumber daya (mis: dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan)<br>4) Kurangnya privasi<br>5) Gangguan stimulus lingkungan<br>6) Efek samping terapi (mis: medikasi, radiasi, kemoterapi)<br>7) Gangguan adaptasi kehamilan |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Tanda dan Gejala Mayor</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Subjektif<br>1) Mengeluh tidak nyaman                                                                                                                         | Objektif<br>1) Gelisah                                                                                                                                |
| <b>Tanda dan Gejala Minor</b>                                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |
| Subjektif<br>1) Mengeluh sulit tidur<br>2) Tidak mampu rileks<br>3) Mengeluh kedinginan/kepanasan<br>4) Merasa gatal<br>5) Mengeluh mual<br>6) Mengeluh Lelah | Objektif<br>1) Menunjukkan gejala distress<br>2) Tampak merintih/menangis✓<br>3) Pola eliminasi berubah<br>4) Postur tubuh berubah<br>5) Iritabilitas |

c. Resiko infeksi (D.0142)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

**Tabel 2. 3 Diagnosa Resiko Infeksi**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Faktor Risiko:</b><br>Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah:<br>1) Penyakit kronis (mis: diabetes melitus)<br>2) Efek prosedur invasif<br>3) Malnutrisi<br>4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan<br>5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer<br>a) gangguan peristaltik;<br>b) Kerusakan integritas kulit;<br>c) Perubahan sekresi pH;<br>d) Penurunan kerja siliaris;<br>e) Ketuban pecah lama;<br>f) Ketuban pecah sebelum waktunya;<br>g) Merokok;<br>h) Statis cairan tubuh.<br>6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder<br>a) Penurunan hemoglobin;<br>b) Imunosupresi;<br>c) Leukopenia;<br>d) Supresi respon inflamasi;<br>e) Vaksinasi tidak adekuat |
| <b>Kondisi Klinis Terkait:</b><br>1) AIDS<br>2) Luka bakar<br>3) PPOK<br>4) Diabetes mellitus<br>5) Tindakan invasive<br>6) Kondisi penggunaan terapi steroid<br>7) Penyalahgunaan obat<br>8) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)<br>9) Kanker<br>10)Gagal ginjal<br>11)Imunosupresi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

- |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| 12) Lymphedema<br>13) Leukositopenia<br>14) Gangguan fungsi hati |
|------------------------------------------------------------------|

d. Resiko Pendarahan (D.0012)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) resiko pendarahan adalah berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

**Tabel 2. 4 Diagnosa Resiko Pendarahan**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Faktor Resiko</b><br>1) Aneurisma<br>2) Gangguan gastrointestinal (misalnya ulkus lambung, polip, varises)<br>3) Gangguan fungsi hati (misalnya sirosis hepatitis)<br>4) Komplikasi kehamilan (misalnya ketuban pecah sebelum waktunya)<br>5) Komplikasi pasca partum (misalnya atoni uterus, retensi plasenta)<br>6) Gangguan koagulasi (misalnya trombositopenia)<br>7) Efek agen farmakologis<br>8) Tindakan pembedahan<br>9) Trauma<br>10) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan<br>11) Proses keganasan |
| <b>Kondisi Klinis Terkait</b><br>1) Aneurisma<br>2) Koagulopati intravaskuler diseminata<br>3) Sirosis hepatitis<br>4) Ulkus lambung<br>5) Varises<br>6) Trombositopenia<br>7) Ketuban pecah sebelum waktunya<br>8) Plasenta previa/abruptio<br>9) Atonia uterus<br>10) Retensi plasenta<br>11) Tindakan pembedahan<br>12) Kanker<br>13) Trauma                                                                                                                                                                                   |

e. Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) didefinisikan sebagai berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

**Tabel 2. 5 Diagnosa Resiko Defisit Nutrisi**

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Faktor Resiko</b><br>1) Ketidakmampuan menelan makanan<br>2) Ketidakmampuan mencerna makanan |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi                    |
| 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme                      |
| 5) Faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi)        |
| 6) Faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan) |
| <b>Kondisi Klinis Terkait</b>                             |
| 1) Stroke                                                 |
| 2) Parkinson                                              |
| 3) Mobius syndrome                                        |
| 4) Cerebral palsy                                         |
| 5) Cleft lip                                              |
| 6) Cleft palate                                           |
| 7) Amyotrophic lateral sclerosis                          |
| 8) Kerusakan neuromuskular                                |
| 9) Luka bakar                                             |
| 10) Kanker                                                |
| 11) Infeksi                                               |
| 12) AIDS                                                  |
| 13) Penyakit Crohn's                                      |
| 14) Enterokolitis                                         |
| 15) Fibrosis kistik                                       |

### 3. Perencanaan Keperawatan

#### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan: Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah

**Tabel 2. 6 Intervensi Manajemen Nyeri**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Definisi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. |
| <b>Tindakan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Observasi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9) Monitor efek samping penggunaan analgetic</li> </ol> |
| <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>                                                                                            |
| <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

b. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)

Tujuan: Status kenyamanan meningkat (L.08064), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun
- 2) Gelisah menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

**Tabel 2. 7 Intervensi Terapi Relaksasi**

|                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapi relaksasi (L.09326)</b>                                                                                                                                                                    |
| <b>Definisi</b>                                                                                                                                                                                      |
| Terapi relaksasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan. |
| <b>Tindakan</b>                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observasi</b><br>1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan<br>2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi<br>3) Gunakan pakaian longgar<br>4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama<br>5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai                                                                   |
| <b>Terapeutik</b><br>1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)<br>2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu<br>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Edukasi</b><br>1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)<br>2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih<br>3) Anjurkan mengambil posisi nyaman<br>4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi<br>5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih<br>6) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregang, atau imajinasi terbimbing) |

c. Resiko infeksi (D.0142)

Tujuan: Tingkat Infeksi (L.14137), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, tingkat infeksi pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

**Tabel 2. 8 Intervensi Pencegahan Infeksi**

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b>                                                                                                          |
| <b>Definisi</b>                                                                                                                              |
| Pencegahan infeksi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik. |
| <b>Tindakan</b>                                                                                                                              |
| <b>Observasi</b>                                                                                                                             |
| 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik                                                                                       |
| <b>Terapeutik</b>                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Batasi jumlah pengunjung<br>2) Berikan perawatan kulit pada area edema<br>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi                                                          |
| <b>Edukasi</b><br>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br>3) Ajarkan etika batuk<br>4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi<br>5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br>6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan |
| <b>Kolaborasi</b><br>1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu                                                                                                                                                                                                               |

d. Resiko Pendarahan (D.0012)

Tujuan: Tingkat Perdarahan (L.02017), (SLKI,2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Membran mukosa lembab meningkat
- 2) Kelembaban kulit meningkat
- 3) Hemoptisis menurun
- 4) Hematemesis menurun
- 5) Hematuria menurun
- 6) Hemoglobin membaik
- 7) Hematokrit membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah

**Tabel 2. 9 Intervensi Pencegahan Perdarahan**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Definisi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Pencegahan perdarahan adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko atau komplikasi stimulus yang menyebabkan perdarahan atau risiko perdarahan.                                                                                                                                |
| <b>Tindakan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Observasi</b><br>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan<br>2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah<br>3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik<br>4) Monitor koagulasi (mis: prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet) |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapeutik</b><br>1) Pertahankan bed rest selama perdarahan<br>2) Batasi tindakan invasive, jika perlu<br>3) Gunakan kasur pencegah decubitus<br>4) Hindari pengukuran suhu rektal                                                                                                                                                                   |
| <b>Edukasi</b><br>1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi<br>3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi<br>4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan<br>5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K<br>6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan |
| <b>Kolaborasi</b><br>1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu<br>2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu<br>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu                                                                                                                                                            |

e. Resiko Defisit Nutrisi

Tujuan: Status Nutrisi (L.03030), (SLKI,2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Berat badan membaik
- 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

**Tabel 2. 10 Intervensi Manajemen Nutrisi**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Definisi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Manajemen nutrisi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Tindakan</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Observasi</b><br>1) Identifikasi status nutrisi<br>2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan<br>3) Identifikasi makanan yang disukai<br>4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien<br>5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik<br>6) Monitor asupan makanan<br>7) Monitor berat badan<br>8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium |
| <b>Terapeutik</b><br>1) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu<br>2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)                                                                                                                                                                                                                   |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai<br>4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi<br>5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein<br>6) Berikan suplemen makanan, jika perlu<br>7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi |
| <b>Edukasi</b><br>1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu<br>2) Ajarkan diet yang diprogramkan                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Kolaborasi</b><br>1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu<br>2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu                                                                                    |

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Khikmatul Khoeriyah et al., 2024)

Implementasi pada pasien post operasi *hernioraphy* dilakukan 3-5 hari (Khikmatul Khoeriyah et al., 2024). Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa relaksasi otot progresif yang berhubungan dengan prosedur pasien post operasi *hernioraphy*.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran PPNI (2018) yaitu diagnosa nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi relaksasi otot progresif: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

### C. Konsep Intervensi Sesuai *Evidence Base Practice*

#### 1. Mobilisasi Dini

##### a. Definisi

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan diatas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan- miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. (Marieta & Dikson, 2023).

##### b. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan mobilisasi menurut Banamtum dalam Marieta & Dikson, (2023) antara lain:

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh
- 2) Mempercepat peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- 3) Membantu pernafasan lebih baik
- 4) Mempertahankan tonus otot
- 5) Memperlancar eliminasi alvi dan urin
- 6) Mengembalikan aktifitas tertentu sehingga pasien kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian
- 7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi
- 8) Mengurangi *long of stay* (LOS) lama hari rawat pasien

##### c. Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Menurut (Marieta & Dikson, 2023) apabila pasien tidak segera mobilisasi setelah operasi, risiko komplikasi meningkat, termasuk atelektasis, pneumonia hipostatik, gangguan pada sistem pencernaan, masalah sirkulasi, dan dekubitus. Mobilisasi dini berperan penting dalam memperlancar sirkulasi dan oksigenasi, yang sangat mendukung proses penyembuhan luka. Tanpa sirkulasi dan oksigenasi yang

adekuat, penyembuhan luka bisa terhambat. Selain itu, tidak bergerak dapat menyebabkan peningkatan rasa sakit karena pasien tidak belajar beradaptasi dengan kondisi luka, membuat tubuh menjadi pegal dan kaku, serta menyebabkan luka dan lecet pada kulit. Akibatnya, ini dapat memperpanjang masa perawatan di rumah sakit dan meningkatkan biaya yang dikeluarkan. Oleh karena itu, sangat dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi biaya perawatan.

d. Prosedur Tahapan Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi *Hernioraphy*

Mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post operasi *hernioraphy*, dengan durasi  $\pm 15-30$  menit per sesi disesuaikan dengan kemampuan pasien. Mobilisasi dini dalam pelaksanaannya dilakukan secara bertahap, berikut adalah tahapan mobilisasi dini menurut (Marieta & Dikson, 2023):

1) Pada hari pertama/ 6-10 jam pertama post operasi *hernioraphy*  
Setelah 6-10 jam pasien istirahat tirah baring. Mobilisasi yang dilakukan yaitu:

Melatih rom pasif anggota gerak atas meliputi :

- a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
- b) Fleksi dan ekstensi siku
- c) Pronasi dan supinasi lengan bawah
- d) Fleksi dan ekstensi bahu
- e) Abduksi dan adduksi bahu
- f) Rotasi bahu

Melatih rom pasif anggota gerak bawah meliputi :

- a) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
- b) Inversi dan eversi kaki
- c) Fleksi dan ekstensi lutut
- d) Rotasi pangkal paha

- e) Abduksi dan adduksi pangkal paha (setiap gerakan 8 hitungan diulangi sebanyak 3kali)

Melatih pasien miring kanan dan miring kiri untuk mencegah trombosis dan trombo emboli masing-masing selama 5 menit.

1) Pada hari kedua post operasi *hernioraphy*

Pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar duduk pada hari kedua post operasi paling sedikit 15 menit baik bersandar ataupun tidak bersandar. Kemudian fase selanjutnya duduk diatas tempat tidur dengan kaki dijatuhkan sambil digerak-gerakan selama 10 menit. Jika pasien sudah merasa kuat dan tidak ada keluhan pusing minta pasien untuk latihan berdiri berdiri secara mandiri atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan berpegangan dengan keluarga atau perawat. Jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.

2) Pada hari ketiga setelah post operasi *hernioraphy*

Pada hari ketiga pasien diharuskan untuk dapat berjalan secara mandiri seperti berjalan di sekitar kamar dan ke kamar mandi. Ratarata pasien yang di rawar di ruangan jika tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya pasien sudah bisa berdiri dan berjalan secara mandiri. Hal ini harus dilakukan, karena pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktifitas biasa sesegera mungkin agar fungsi tubuh dapat kembali normal.

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut (Marieta & Dikson, 2023), meliputi:

- 1) Tahap 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.

- 2) Tahap 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- 3) Tahap 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- 4) Tahap 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

## 2. Edukasi Kesehatan

### a. Pengertian edukasi kesehatan

Di Indonesia, istilah yang paling umum digunakan untuk edukasi Kesehatan adalah penyuluhan. Banyak ahli memiliki definisi masing masing mengenai edukasi kesehatan ini. Misalnya, edukasi kesehatan sering digambarkan sebagai bagian dari program kesehatan dan kedokteran yang bertujuan untuk mengubah perilaku individu dan masyarakat guna mendukung pencapaian tujuan pengobatan, pencegahan penyakit, dan meningkatkan kesehatan (Marieta & Dikson, 2023). Menurut (Notoatmodjo S, 2008), edukasi kesehatan adalah proses yang bertujuan dalam memelihara dan meningkatkan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka, baik dari segi fisik, mental, maupun sosial.

### b. Tujuan edukasi kesehatan

Visi umum pendidikan kesehatan adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial, sehingga mereka dapat menjadi produktif secara ekonomi dan sosial. Notoatmodjo S (2008), menjelaskan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah menghasilkan perubahan sikap dan perilaku pada individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat untuk membina dan memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Menurut (Notoatmodjo S, 2012) terdapat tiga butir utama dalam misi pendidikan kesehatan:

- 1) Advokat (*Advocate*): Melakukan advokasi kepada para pengambil keputusan dalam berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.
- 2) Menjembatani (*Mediate*): Menjadi penghubung dan menjalin kemitraan dengan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan. Dalam mencapai kerja sama atau kemitraan, peran pendidikan kesehatan sangat penting.
- 3) Memampukan (*Enable*): Memberikan kemampuan atau keterampilan kepada masyarakat agar mereka mampu memelihara kesehatan.

Menurut (Notoatmodjo S, 2012), hakikat pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Merupakan salah satu cara untuk memecahkan masalah kesehatan dengan pendekatan pendidikan.
- 2) Berfungsi sebagai penerangan dalam upaya memecahkan masalah kesehatan masyarakat.
- 3) Usaha atau kegiatan yang membantu individu, keluarga, atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan/perilaku untuk mencapai kesehatan yang optimal.
- 4) Proses pendidikan melibatkan pertumbuhan dan perkembangan perubahan ke arah yang lebih baik, lebih dewasa, dan lebih matang pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
- 5) Komponen vital dalam pendidikan kesehatan adalah peningkatan, pemeliharaan, dan perbaikan kesehatan yang mengandalkan pemahaman pasien tentang syarat-syarat pemeliharaan kesehatan.
- 6) Salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan.
- 7) Merupakan peran yang harus dilaksanakan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.

c. Media pendidikan kesehatan

Media memiliki peran penting sebagai alat bantu dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Menurut Notoatmodjo S (2012), alat-alat bantu tersebut berfungsi untuk:

- 1) Menarik minat sasaran pendidikan.
- 2) Menjangkau lebih banyak sasaran.
- 3) Mengatasi berbagai hambatan pemahaman.
- 4) Mendorong sasaran pendidikan untuk menyebarkan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 5) Mempermudah penyampaian informasi atau bahan kesehatan.
- 6) Mempermudah penerimaan informasi oleh masyarakat.
- 7) Membangkitkan keinginan untuk mengetahui lebih lanjut, mendalami, dan memahami dengan lebih baik.
- 8) Memperkuat pengertian yang telah diperoleh.

Menurut (Notoatmodjo, 2012), media penyuluhan dapat dibagi berdasarkan stimulasi indra, pembuatan dan penggunaannya, serta fungsinya sebagai penyalur media kesehatan.

- 1) Berdasarkan stimulasi indra:
  - a) Alat bantu lihat (visual aid): Membantu menstimulasi indra penglihatan.
  - b) Alat bantu dengar (audio aid): Membantu menstimulasi indra pendengaran saat penyampaian bahan pendidikan.
  - c) Alat bantu lihat-dengar (audio visual aid): Kombinasi alat bantu lihat dan dengar.
- 2) Berdasarkan pembuatan dan penggunaan:
  - a) Alat peraga atau media yang rumit: Seperti film, film strip, slide yang memerlukan listrik dan proyektor.
  - b) Alat peraga sederhana: Mudah dibuat sendiri dengan bahan bahan setempat.
- 3) Berdasarkan fungsi sebagai penyalur media kesehatan:

## a) Media cetak:

- Leaflet: informasi kesehatan dalam bentuk lembaran lipat yang praktis, mudah disebarkan, dan ekonomis, meskipun kurang tahan lama dan mudah hilang.
- Booklet: menyampaikan pesan kesehatan melalui tulisan dan gambar dalam bentuk kecil.
- *Flipchart*: buku dengan gambar peragaan dan kalimat pesan kesehatan dibaliknya, mudah dibawa dan digunakan, tetapi kurang efektif untuk kelompok besar.

## b) Media elektronik:

- Video atau *filmstrip*: memberikan visualisasi yang nyata dan memicu diskusi, mudah digunakan, tetapi membutuhkan listrik dan ahli profesional, serta biaya tinggi.
- *Slide*: efektif untuk kelompok besar, mudah dibuat, tetapi membutuhkan listrik dan ruangan gelap.

**D. Jurnal Terkait****Tabel 2. 11 Jurnal Terkait**

| No | Judul, Penulis, dan Tahun                                                                                                                                               | Metode                                                                                                                                                                                                    | Hasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Pengaruh Edukasi Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Tingkat Kemandirian Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendektomi, (Putri Nadila Sari, 2024) | Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan desain One group pretest-posttest design. Pengambilan sampel menggunakan Purposive Sampling (Judgmental Sampling) dengan jumlah sampel 32 | Hasil uji statistic menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test nilai p value 0,001 nilai tersebut lebih kecil dari $\alpha$ 0,05 dengan demikian Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima $H_0$ ditolak artinya terdapat pengaruh signifikan antara tingkat kemandirian mobilisasi dini pada pasien post operasi apendektomi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi edukasi mobilisasi dini dengan metode demonstrasi. |
| 2. | Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi                                    | Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Quasi Experiment. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini                                                                           | dengan metode demonstrasi. 2 Pengaruh Penyuluhan Mobilisasi Dini Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Perilaku Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang Rancangan                                                                                                                                                                                                    |



| No | Judul, Penulis, dan Tahun                                                                                                                                                                                          | Metode                                                                                                                                                                                                                                                   | Hasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | di RST Tk. II dr. Soedjono Magelang, (Yunitha, 2019)                                                                                                                                                               | menggunakan metode non probability sampling dengan teknik purposive sampling sejumlah 20 responden pada kelompok perlakuan dan 20 responden pada kelompok Kontrol. Analisa uji pengaruh menggunakan uji Independent T-Test.                              | penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Quasi Experiment. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode non probability sampling dengan teknik purposive sampling sejumlah 20 responden pada kelompok perlakuan dan 20 responden pada kelompok Kontrol. Analisa uji pengaruh menggunakan uji Independent T-Test. Uji independent t-test kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ditunjukkan pada tabel diatas, dapat diketahui nilai probabilitas (signifikansi) dengan equal variance assumed (diasumsikan kedua varian sama) adalah $0,000 < 0,05$ maka $H_0$ diterima. Pada uji independent t-test didapatkan nilai p-value = 0,000 sehingga terdapat perbedaan rerata perilaku mobilisasi yaitu pada kelompok intervensi rata-ratanya adalah 10,65 atau kategori baik dan pada kelompok kontrol rerata perilaku mobilisasi adalah 7 atau kategori sedang. |
| 3. | Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah RSUD Kota Makassar (Asnaniar et al., 2023)                                                                                                                 | Metode yang dilakukan yaitu dengan pemberian edukasi dengan ceramah dan demonstrasi cara melakukan gerakan mobilisasi post operasi.                                                                                                                      | Hasil yang didapatkan yaitu terdapat peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga tentang pentingnya mobilisasi dini post operasi dan gerakan yang dapat dilakukan post operasi. Pengetahuan pasien dan keluarga meningkat menjadi 83.33% dengan pengetahuan baik.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 4. | Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Penerapan Therapy Mobilisasi Dini Terhadap Percepatan Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Apendektomi Di Ruang Dahlia RSUD dr. T.C. Maumere, (Marieta & Dikson, 2023) | Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus. Subyek yang digunakan 1 orang pasien post operasi apendektomi. Analisa data dilakukan menggunakan analisa deskriptif, data di kumpulkan melalui observasi, wawancara, study dokumentasi | Hasil penerapan menunjukan setelah dilakukan mobilisasi dini luka terlihat baik dan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| No | Judul, Penulis, dan Tahun                                                                                                                          | Metode                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | Pengaruh edukasi ROM aktif kombinasi media booklet dan demonstrasi terhadap kemampuan mobilisasi pada pasien operasi fraktur (Murhan et al., 2022) | Desain penelitian ini dengan <i>quasy eksperimen</i> dan jenis kuantitatif. Populasi adalah pasien post fraktur di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro tahun 2021, dengan sampel sebanyak 32 responden. Analisis dengan uji T test Independen. Waktu penelitian mulai 01 Juni sampai 17 Juli 2021. | Hasil menunjukkan kemampuan rata-rata mobilisasi pada kelompok eksperimen dengan edukasi ROM aktif kombinasi media <i>booklet</i> dan demonstrasi adalah 17,19, sedangkan rata-rata kemampuan mobilisasi pada kelompok control (tanpa edukasi ROM aktif kombinasi media <i>booklet</i> dan demonstrasi) adalah 14,88. Hasil analisis menunjukkan $p\text{-value} = 0,04$ . |