

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI PADA
Tn.H DENGAN HERNIA INGUINALIS DEXTRA DALAM
PENERAPAN INTERVENSI INOVASI TEKNIK
RELAKSASI DAN MOBILISASI DINI DI
RUANGAN RAWAT INAP BEDAH
RSUD H. HANAFIE MUARA
BUNGO TAHUN
2018/ 2019**

DISUSUN OLEH:

**FEBRIZA YENI. S. Kep
1814901632**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018/2019**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Febriza Yeni, S.Kep

NIM : 1814901632

Program studi : Profesi NERS

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Pada Tn. dengan Hernia Inguinalis Dextra dalam penerapan Intervensi Inovasi Teknik Relaksasi dan Mobilisasi Dini DiRuangan Rawat Inap Bedah RSUD H.Hanafie Muara Bungo Tahun 2018/2019.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar benar hasil karya sendiri dan saya susun tanpa plagiarisme atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut, sesuai dengan peraturan yang berlaku oleh STIKES Perintis Padang.

Padang, 03 Agustus 2019
Yang Membuat Pernyataan,

(FEBRIZA YENI, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI PADA
Tn. H DENGAN HERNIA INGUINALIS DEXTRA DALAM
PENERAPAN INTERVENSI INOVASI TEKNIK
RELAKSASI DAN MOBILISASI DINI DI
RUANGAN RAWAT INAP BEDAH
RSUD H. HANAFIE MUARA
BUNGO TAHUN
2018/ 2019**

**OLEH :
FEBRIZA YENI. S. Kep
1814901632**

**Karya Ilmiah Akhir Ners ini Telah diseminarkan
Di Muara Bungo, 03 Agustus 2019**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



**(Ns. Ida Suryati, M.Kep)
NIK: 1420130047501027**

Pembimbing II



**(Ns. Yenty Gusnita, M.Kep)
NIK: 197908122009042001**

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**



**(Ns. Mera Delima, M.Kep)
NIK 1420101107296019**

HALAMAN PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI PADA
Tn. H DENGAN HERNIA INGUINALIS DEXTRA DALAM
PENERAPAN INTERVENSI INOVASI TEKNIK
RELAKSASI DAN MOBILISASI DINI DI
RUANGANRAWAT INAP BEDAH
RSUDH.HANAFIE MUARA
BUNGOTAHUN
2018/ 2019**

**OLEH :
FEBRIZA YENI. S. Kep
1814901632**

**Pada :
HARI/TANGGAL : SABTU 03 AGUSTUS 2019
JAM : 10.00 -11.00 WIB**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan Telah
LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Penguji II : Ns. Ida Suryati, M.Kep


.....

.....

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
STIKes Perintis Padang**



**(Ns. Mera Delima, M.Kep)
NIK 1420101107296019**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

Karya Ilmiah Akhir Ners, Juli 2019

FEBRIZA YENI, S.Kep

Asuhan keperawatan pasien post operasi Tn. H dengan hernia ingunalis dextra dalam penerapan intervensi Inovasi Teknik Relaksasi diruangan rawat inap bedah RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2018/2019

Xv, V Bab, 90 halaman, 7 Tabel, 3 lampiran

ABSTRAK

Latar belakang : Hernia adalah penonjolan sebuah organ atau struktur melalui dinding otot perut. Hernia umumnya terdiri dari kulit dan subkutaneum meliputi jaringan, peritoneal kantung, dan yang mendasarinya adalah Visera, seperti loop usus atau organ-organ internal lainnya. Hernia ingunalis dapat diderita oleh semua umur, tetapi kejadian hernia ingunalis meningkat dengan bertambahnya umur dan terdapat distribusi bimodal (duo modus) untuk usia yaitu dengan puncaknya pada usia 1 tahun dan pada usia rerata 40 tahun. Penanganan yang dapat dilakukan untuk penderita hernia yaitu Teknik relaksasi dan merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanganan nyeri, relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi efektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri.

Tujuan dari karya ilmiah ini untuk menganalisis intervensi teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri pada pasien post Op Hernia di RSUD H. Hanafie Muara Bungo.

Metode penulisan ini: adalah studi kasus dengan quasi eksperiment intervensi teknik relaksasi tarik nafas dalam ini dilakukan pada pasien post operasi hernia masalah nyeri luka operasi untuk merubah skala nyeri intervensi diberikan jika nyeri dirasakan kapan saja.

Hasil analisa : kasus pada pasien didapatkan tingkat nyeri pada pasien post hernia dengan teknik relaksasi dapat membantu untuk mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri dan bisa melawan kelelahan dengan merelaksasikan otot-otot.

Kesimpulan: Dengan teknik relaksasi tarik nafas dalam berpengaruh terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi hernia di RSUD. H. Hanafie Muara Bungo.

Kata kunci : Hernia, Teknik Relaksasi Pasien Post Operasi Hernia

**NURSING SCIENCE PROFESSIONAL PROGRAM
PERINTIS COLLEGE OF HEALTH SCIENCE WEST SUMATERA**

**Final Scientific Work, August 2019
FEBRIZA YENI, S.Kep**

**NURSING CARE FOR POST OPERATIVE PATIENTS MR. H WITH
INGUNALIS DEXTRA HERNIA IN THE APPLICATION OF THE
RELAXATION TECHNIQUE INNOVATION INTERVENTION IN THE
INPATIENT SURGERY OF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL H. HANAFIE
MUARA BUNGO IN 2018/2019**

Xv, V chapter, 90 pages, 7 tables, 3 attachments

ABSTRACT

Background : A hernia is a protrusion of an organ or structure through detecting in the abdominal muscle wall. Hernias generally consist of the skin and subcutaneous covering the tissue, peritoneal sac, and the underlying is viscera, such as intestinal loops or other internal organs. Inguinal hernias can be suffered by all ages, but the incidence of inguinal hernias increases with age and there is a bimodal distribution (duo mode) for ages with a peak at 1 year and at an average age of 40 years. Handling that can be done for patients with hernias is relaxation techniques and is one method of non-pharmacological pain management in pain management strategies, relaxation is a mental and physical freedom from tension and stress, because it can change 2 cognitive perceptions and effective motivation of patients. Relaxation techniques allow patients to control themselves when discomfort or pain occurs, physical stress and emotional pain performed in postoperative hernia patients surgical wound Hospital H. Hanafie Muara Bungo.

The purpose : of this scientific work is to analyze the intervention of relaxation techniques to reduce pain in post operative Hernia patients in Regional Public his writing method: is a case study with, quasy experiment interventions in this deep breathing relaxation technique to change the scale of pain intervention is given if pain is felt at any time.

The results of the analysis: cases in patients found the level of pain in post hernia patients with relaxation techniques can help to control themselves when there is discomfort or pain and can fight fatigue by relaxing muscles,

Conclusion: With relaxation techniques inhalation in effect on the level of pain in hernia postoperative patients in Regional Public Hospitals. H. Hanafie Muara Bungo.

Keywords : *Hernia, Relaxation Techniques for Post Operative Hernia Patients*

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Febriza Yeni, S.Kep
Tempat/ tanggal lahir : Bangko 16 februari 1982
Agama : Islam
Nama Ayah : Asril (alm)
Nama Ibu : Hj. Zaniar
Alamat : Jln. H. M. Kamil No 34 RT 01/ RW 01 Kel. Pasar
Atas Bangko Kec. Bangko Kab. Merangin- Jambi.

Riwayat Pendidikan

Tahun 1989 – 1995 : SDN 01/IV Bangko
Tahun 1995 – 1998 : SMP N 1 Bangko
Tahun 1998 – 2001 : SMA N 1 Bangko
Tahun 2001 – 2004 : AKPER Setih Setio Muara Bungo
Tahun 2016 – 2017 : S1 Keperawatan UNDHARI
Tahun 2018 – 2019 : STIKes PERINTIS Padang

KATA PENGANTAR



Puji Syukur Penulis Ucapkan Kehadirat Allah SWT, karena telah memberi nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Hernia Inguinalis Dextra Dalam Inovasi Teknik Relaksasi Dan Mobilisasi Dini di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD H.Hanafie Muara Bungo Tahun 2018. Karya Ilmiah Akhir Siklus Elektif ini diajukan untuk peminatan akhir siklus Profesi dan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Oleh karena itu, Penulis Mengucapkan Terima Kasih Kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kep, M.Biomed., Ketua STIKES Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep.,Ketua Program Profesi Ners STIKES Perintis Padang.
3. Ns, Ida Suryati, M,Kep., selaku Pembimbing Akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran sehingga karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan

4. Direktur RSUD H.Hanafie Muara Bungo Beserta seluruh Staf dan Karyawan yang telah memberikan kemudahan dan Izin dalam mengambil data untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Ns. Yenti Sasnita, S.Kep. Pembimbing Klinik Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian makalah seminar kasus ini.
6. Bapak/Ibu seluruh Dosen staf pengajar dan Administrasi STIKes Perintis Bukit Tinggi yang telah banyak memberikan ilmu dan bimbingan serta nasehat kepada Penulis selama menjalani Pendidikan.
7. Teristimewa Kepada Kedua Orang Tua yang selalu mendukung baik dari moril maupun materi dan buat adikku tersayang Imelia Andriani, SST. Sudah memberikan semangat serta bantuan dalam segala hal dan Terima Kasih buat keluarga besar penulis yang telah memberi semangat, do'a, serta dukungan Sdemi menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Sahabat dan rekan-rekan Mahasiswa Angkatan II diMuara Bungo Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang yang telah memberikan masukan dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang pelayanan kesehatan terutama keperawatan dan Institusi Pendidikan STIKes Perintis Padang. Atas segala bantuan yang telah diberikan, Penulis mengucapkan Terima Kasih dan mendoakan semoga kebaikan

Bapak/Ibu dan teman-teman akan dibalas oleh Allah SWT. Amin Ya Rabbal
Alamiin.

Padang, 03 Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hernia	6
2.1.1 Pengertian hernia	6
2.1.2 Anatomi Fisologi.....	7
2.1.3 Klasifikasi Hernia.....	9
2.1.4 Etiologi	16
2.1.5 Patofisiologi.....	18

2.1.6 WOC.....	21
2.1.7 Manifestasi Klinis.....	22
2.1.8 Komplikasi	25
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	26
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	26
2.3 Intervensi Keperawatan	31
2.4 Konsep Jurnal	39

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 Pengkajian	44
3.2 Status Kesehatan Saat Ini	45
3.3 Riwayat Kesehatan Dahulu	47
3.4 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	48
3.5 Data Aktivitas Sehari-hari	49
3.6 Data Lingkungan	50
3.7 Data Psikososial.....	51
3.8 Pemeriksaan Fisik.....	52
3.9 Pemeriksaan Penunjang.....	56
3.9 WOC (Web Of Cause).....	62
3.10 Data Fokus	63
3.11 Analisa Data	63
3.12 Diagnosa Keperawatan	65
3.13 Intervensi Keperawatan	66
3.14 Implementasi Keperawatan	69

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Analisis masalah keperawatan dengan konsep terkait KKMP dan Dan konsep kasus terkait	79
4.2 Analisis intervensi inovasi dengan konsep dan penelitian terkait	83
4.3 Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan	84

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran.....	88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
3.1 Aktivitas sehari hari	49
3.2 Laboratorium.....	56
3.3 Terapi Obat.....	57
3.4 Data Fokus	63
3.5 Analisa Data	63
3.6 Intervensi Keperawatan.....	83
3.7 Implementasi Keperawatan.....	69

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia inguinalis merupakan suatu masalah yang bisa ditemukan dalam kasus bedah. Hernia inguinalis merupakan kasus yang bersifat strangulasi (ireponibel disertai gangguan pasase) dan inkarserasi (ireponibel disertai gangguan vascularisasi).

Hernia inguinalis bisa diderita oleh semua umur Namun kejadian hernia inguinalis meningkat dengan adanya penambahan umur yang terdapat distribusi bimodal (duo bentuk) pada usia 1 tahun dengan puncaknya dan pada usia rerata 40 tahun terjadi penyakit ini. Pada anak insidensinya 1-2% dengan 10% kasus mengalami komplikasi inkarserasi. Pada usia sekitar satu tahun, sekitar 30% prosesus vaginalis belum tertutup. Hernia inguinalis lebih sering terjadi disebelah kanan 60% sebelah kiri 20-25% dan bilateral 15% (Sjamsuhidajat,2012).

Hernia femoralis 10 kali lebih banyak dari hernia inguinalis Angka kejadian hernia inguinalis (medialis/direk dan lateralis/indirek) dan keduanya mempunyai peningkatan sekitar 75-80 % dari seluruh jenis hernia, hernia umbilikal 3 %, hernia ventralis 10 %, hernia insisional 10 %, dan hernia lainnya sekitar 3 % (Sjamsuhidajat, 2010 dan Lavelle et al, 2002).

Menurut World Health Organization (WHO) 19.173 279 penderita (12,7%) dengan penderita yang sering adalah penyakit hernia yang tiap tahun lebih banyak. Didapatkan data pada tahun 2010 sampai tahun 2015 penderita hernia

segala macam penyakit hernia terdapat pada negara yang berkembang seperti negara Afrika, Asia tenggara termasuk Indonesia. Selain itu negara bagian Arab adalah Negara dengan Angka penderita hernia meningkat dan terbesar didunia, yaitu sekitar 3.950 penderita pada tahun 2016 (WHO, 2017).

Di Indonesia hernia mendapat urutan kedelapan dengan jumlah 292.145 kasus. Untuk data di Jawa Tengah, mayoritas penderita selama dari bulan Januari – Desember 2017 diperkirakan 442 penderita. Berdasarkan dari data yang diperoleh rumah sakit Muhammadiyah Surakarta dengan nilai kasus hernia inguinalis pada tahun 2015 sebanyak 12 kasus dan jumlah pada bulan April 2015 sebanyak 1 kasus (Kemenkes, 2016).

Di Indonesia pengetahuan dan teknologi peningkatan angka kejadian Hernia Inguinalis khususnya provinsi Jambi bisa disebabkan karena kurang ilmu pengetahuan, maka masalah yang terjadi pada manusia pun semakin kompleks salah satunya dalam kebutuhan ekonomi yang semakin rendah. Karena itu menyebabkan usaha yang ekstra, sehingga kerja tubuh menjadi berat yang bisa menyebabkan kelelahan dari berbagai organ tubuh. Dengan bekerja berat untuk memenuhi kebutuhannya seperti mengangkat beban berat, biasa mengonsumsi makanan kurang serat, yang menyebabkan konstipasi sehingga mendorong mengejan saat defekasi, dari Penyebab penyakit hernia yaitu dengan adanya bekerja berat untuk mendapatkan penghasilan kebutuhannya sehari-hari seperti mengangkat beban berat. (Dinas Kesehatan, 2016).

Dari data yang diperoleh RSUD H. Hanafie Muaro Bungo. Jumlah pasien penderita hernia pada tahun 2018 terdapat pada laki-laki 108 orang dan pada perempuan hanya terdapat 6 orang dan pada awal tahun 2018 sampai bulan

November 2018 terdapat penderita 88 orang kasus hernia inguinalis diruang bedah (RSUD H. Hanafie Muaro Bungo).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis ingin melakukan penerapan jurnal tentang Teknik Relaksasi dan Pengaruh mobilisasi dini klien pasca operasi Hernia Inguinalis oleh karna itu penulis menuangkan nya dalam sebuah karya Ilmiah Akhir yang berjudul Asuhan keperawatan Pasien dengan Post Operasi Hernia Inguinalis Dextra dalam penerapan Intervensi Inovasi Teknik Relaksasi dan Mobilisasi Dini Di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2018.

1.2 Perumusan Masalah

Adapun perumusan masalah dalam karya ilmiah ini adalah bagaimana Asuhan keperawatan klien dengan Post Operasi Hernia Inguinalis Dextra dalam penerapan Intervensi Inovasi Teknik Relaksasi dan Mobilisasi Dini Di Ruang Rawat inap bedah RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2018.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulis karya ilmiah ini adalah memberikan gambaran tentang Asuhan keperawatan Pasien dengan Post Operasi Hernia Inguinalis Dextra dalam penerapan Intervensi Inovasi Teknik Relaksasi dan Mobilisasi Dini Di Ruang Rawat inap bedah RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari karya ilmiah ini adalah

1.3.2.1 Mahasiswa mampu memahami Konsep Dasar tentang hernia inguinalis

1.3.2.2 Mahasiswa mampu melakukan Pengkajian tentang hernia inguinalis

1.3.2.3 Mahasiswa mampu melakukan Diagnosa keperawatan tentang hernia inguinalis

1.3.2.4 Mahasiswa mampu melakukan Intervensi tentang hernia inguinalis.

1.3.2.5 Mahasiswa mampu melakukan Implementasi tentang hernia inguinalis

1.3.2.6 Mahasiswa mampu melakukan Evaluasi tentang hernia inguinalis

1.3.2.7 Mahasiswa mampu melakukan Dokumentasi tentang hernia inguinalis

1.3.2.8 Mahasiswa mampu membandingkan teori, asuhan keperawatan dengan jurnal.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi pasien Hernia Inguinalis

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang perawatan penyakit hernia inguinalis, serta dapat menyikapi dan mengatasi penderita dengan penyakit hernia inguinalis.

1.4.2 Bagi profesi keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit hernia inguinalis, sehingga dapat dilakukan tindakan keperawatan yang segera untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien dengan penyakit hernia inguinalis.

1.4.3 Bagi pembaca

Memberikan pengertian atau pengalaman dan pengetahuan keputusan yang tepat kepada pembaca. Khususnya dalam menyikapi hernia inguinalis.

1.4.4 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat mengali ilmu pengalaman dan pengetahuan lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan hernia inguinalis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hernia

2.1.1 Pengertian Hernia

Hernia adalah suatu penonjolan pada organ atau struktur melalui dinding otot perut. Hernia meliputi jaringan subkutan yang umumnya terdiri dari kulit, peritoneal kantung, dan yang mendasarinya adalah Visera, seperti loop usus atau organ-organ internal lainnya. Pembedahan mendadak termasuk Faktor yang terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen, selama mengangkat penyakit ini terjadi diakibatkan beban berat atau batuk yang berkepanjangan sehingga peningkatan tekanan intra-abdomen berhubungan dengan kehamilan, obesitas, atau asites (Schwartz, 2000).

Hernia adalah sering terjadinya dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya Orang awam menyebutnya turun bero atau hernia. Terjadi Hernia inguinalis yaitu ketika dinding abdomen bertambah ke bawah melalui dinding sehingga menerobos usus. (Nurarif&kusuma 2016)

Hernia inguinalis dimana merupakan suatu keadaan keluarnya struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu area pada defek inguinal yang secara manual tidak bisa kembali ke tempat semula dan

akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan secara pembedahan mengembalikan struktur organ tersebut dengan menutup defek di inguinal. (Arif, 2009).

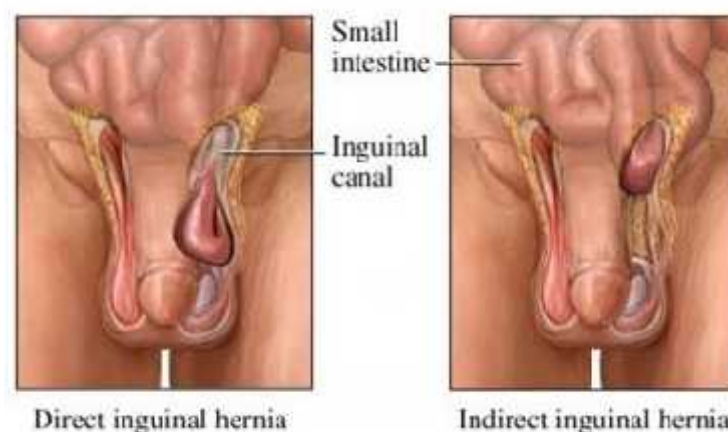
Hernia inguinalis lateralis adalah merupakan hernia melalui inguinalis internis yang terdapat di bagian lateral vasa evisgastrika imperior melewati kanalis inguinalis dan lewat melalui rongga perut samapi anulus inguinalis eksternus. (Mansjoer Arif, 2000).

Dari pengetahuan di atas penulis dapat buat kesimpulan bahwa hernia adalah merupakan dimana keadaan keluarnya suatu organ yang tidak bisa kembali ke tempat semula secara manual atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu defek pada area inguinal dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan mengembalikan struktur organ tersebut secara pembedahan dengan menutup defek di inguinal, dan yang melalui inguinalis internis yang terdapat di sebelah lateral vasa evisgastrika imperior menyusuri kanalis inguinalis dan keluar kerongga perut melalui anulus inguinalis eksternus, serta suatu keadaan terjadi pembesaran nya pada isi usus atau suatu rongga melalui lubang (Oswari, 2000).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

2.1.2.1 Anatomi

Gambar 2.1 Anatomi hernia inguinal



2.1.2.2 Fisiologi

Musculus rectus abdominis, musculus, obliquus abdominis internus, musculus transversus abdominis bagian dari Otot-otot dinding perut. Kanalis inguinalis terjadi bahwa descensus testicularum, diantara testis tidak bisa menembus dinding perut melainkan menolak dinding ventral perut ke depan. Saluran ini berjalan dari kranio-lateral ke medio-kaudal, sejajar ligamentum inguinalis, panjangnya : + 4 cm. (Brunner & Suddarth, 2000)

Kanalis inguinalis dipisahkan di kraniolateral oleh anulus inguinalis internus yang menyebabkan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis di medial bawah, di atas tuberkulum pubikum. Kanal ini dipisahkan oleh anulus eksternus. Atap yaitu aponeurosis musculus ablikus eksternus dan awalnya menjadi ligamentum inguinal. Kanal berisi tali cairan sperma serta sensitibilitas kulit regio inguinalis, tungkai atas bagian proksimal skrotum dan sebagian kecil kulit (Martini, H 2001).

Dalam kondisi pergerakan otot dinding perut, bagian yang menghalangi anulus internus turut kendur. Pada kondisi itu tekanan intra abdomen tidak meningkat dan kanalis inguinalis melangkah melalui vertikal. Sebaiknya jika otot dinding perut terjadi penekanan kanalis inguinalis melangkah lebih transversal dan anulus inguinalis tertutup sehingga dapat menghambat

masuknya usus melalui rongga kanalis inguinalis. Pada orang yang sehat ada tiga mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur muskulus oblikus internus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika bertekanan dan adanya fascia transversal yang kuat bisa menutupi triganum hasselbaeh yang umumnya hampir tidak berotot sehingga adanya gangguan yang terjadi di mekanisme ini dapat mengakibatkan terjadinya hernia inguinalis (Martini, H 2001).

2.1.3 Klasifikasi Hernia

2.1.3.1 Berdasarkan Terjadinya

a. Hernia Bawaan atau Kongenital

Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal. Penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonei. Pada bayi yang sudah lahir mengalami penurunan testis tersebut akan menarik peritonium ke daerah skrotum. Dapat mengalami proses ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut belum dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal, kanalis ini belum merekat. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka.

Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya sebelah kanan bisa 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 (Erfandi, 2009).

b. Hernia dapatan atau akuisita (acquisitus = didapat)

Hernia kongenital / didapat dan ditemukan pada bayi sedangkan hernia akuisita / didapat, pertama terjadi ketahanan dinding otot perut ditemukan saat sudah dewasa. Proses ini mengakibatkan hernia eksternal pada bayi umumnya dikarenakan penyakit kongenital, yakni penyakit yang terjadi disaat bayi masih dikandung dan umumnya tidak dipastikan penyebabnya (Erfandi, 2009).

2.1.3.2 Berdasarkan sifatnya

a. Hernia reponibel/reducible

Yaitu jika isi hernia jika keluar masuk. Maka Usus keluar bila saat berdiri atau jongkok dan mendedan dan bisa masuk lagi jika keadaan terlentang atau dipaksa masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus (Erfandi, 2009).

b. Hernia ireponibel

Yaitu keadaan isi dalam rongga hernia belum bisa dikembalikan ke dalam rongga. biasanya dikarenakan oleh perlekatan dari dalam kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini disebut juga hernia akreta (accretus = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada mengeluh rasa nyeri ataupun tanda penyempitan usus (Erfandi, 2009).

- c. Hernia strangulata atau inkarserata (incarceratio = terperangkap, carcer = penjara)

Hernia inkarserata Yaitu tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. berarti isi kantong terperangkap,. Secara klinis “hernia inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan pada gangguan vaskularisasi disebut sebagai “hernia strangulata”.Hernia strangulata terjadinya nekrosis dari isi abdomen di dalamnya tidak menghasilkan darah akibat pembuluh terjadi penyempitan atau terjepit. Hernia seperti ini bisa dikatakan keadaan yang gawat darurat diketahui harus memerlukan pertolongan secepat mungkin (Erfandi, 2009).

2.1.3.3 Berdasarkan Letaknya

- a. Hernia Femoralis

Hernia femoralis pengeluaran dari lakuna vasorum kaudal dari ligamentum inguinale. Kondisi anatomi ini sering menyebabkan inkarserasi hernia femoralis. Hernia femoralis umumnya ditemui pada perempuan pada usia lanjut, yang sering terjadi perempuan diperkirakan 4 kali dari lelaki. Keluhan merupakan benjolan di selangkangan paha yang timbul terutama saat keadaan melakukan kegiatan yang meningkatkan penekanan intra abdomen seperti mengangkat barang atau batuk. Benjolan ini bisa berkurang pada waktu terlentang. anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis di lipat paha ini yang menyebabkan Pintu masuk pada hernia femoralis (Syamsuhidayat, 2004).

Menurut Erfandi (2009), penyempitan pada lemak di kanalis femoralis yang bertambah ukuran dan secara bertahap menarik peritoneum dan hampir tidak dapat dihindari kandung kemih masuk ke dalam kantung ini dimaksud dengan Hernia femoralis terjadi melalui cincin femoral dan lebih umum pada wanita daripada pria. Ini mulai sebagai penyumbat lemak di kanalis femoralis yang membesar dan secara perlahan mendorong peritoneum dan hampir belum bisa dihindari kandung kemih masuk ke kerongga kantung

Ada kejadian yang lebih meningkat dari inkarserata dan strangulasi dengan macam hernia ini.

b. Hernia Umbilikalis

Hernia umbilikalis membentuk hernia kongenital pada umbilikus yang bila tertutup peritoneum dan kulit. Hernia ini bisa didapat kurang lebih 20% bayi dan angka ini lebih sering terjadi pada bayi prematur. Dan belum bisa membagi angka kejadian antara bayi laki-laki dan perempuan. Hernia umbilikalis merupakan terjadinya pembekakan yang terdapat didalam rongga perut yang lewat melalui cincin umbilikus akibat peningkatan tekanan intraabdomen, dan disertai bayi menangis. Hernia ini tidak menimbulkan nyeri dan tidak pernah tetapi hanya terjadi sekali sekali inkarserasi (Syamsuhidayat, 2004).

Menurut Erfandi (2009), Hernia umbilikalis terjadi pada orang dewasa lebih banyak dengan wanita dan oleh sebab itu kemajuan tekanan abdominal. Ini biasanya terjadi pada klien gemuk dan wanita multipara. kondisi hernia ini terjadi pada pembedahan yang terjasi secara yang tidak adekuat dikarenakan masalah terjadi pascaoperasi seperti infeksi, nutrisi tidak adekuat, atau kegemukan.

c. Hernia sikatriks atau hernia insisional

Hernia ini yang ada pada luka bekas laparotomi. anestesi kulit mengakibatkan Sayatan pada nervus dan paralisis otot

pada segmen melalui oleh saraf yang bersangkutan (Syamsuhidayat, 2004).

d. Hernia Inguinalis

Hernia Inguinalis adalah merupakan sesuatu usus masuk melalui sebuah lubang melalui dinding perut yang suatu kondisi dimana sebagian yang lemah pada dinding perut ke dalam kanalis inguinalis. Saluran ini berbentuk tabung yaitu Kanalis inguinalis, yang menyebabkan tempat turunnya buah testis (buah zakar) dari perut menuju skrotum (kantong zakar) hal ini sering terjadi sebelum bayi dilahirkan. Hernia inguinalis didapat kan sejak dari bawah sebelum melahirkan atau masih dalam kandungan. (kongenital) dan bisa (akuisita). Klien laki-laki lebih banyak dari pada klien wanita. Pada pria, hernia bisa terjadi di selangkangan, yaitu terjadi dibagian korda spermatika keluar diantara perut dan masuk ke dalam skrotum (Subarkah, 2008).

Menurut Syamsuhidayat (2004), hernia inguinalis dapat dibagi menjadi :

1) Hernia inguinalis indirek

Hernia ini merupakan hernia inguinal lateralis, karena melalui antara rongga peritoneum menuju anulus inguinalis internus yang merupakan lateral dari pembuluh epigastrika inferior, selanjutnya hernia masuk dari kanalis inguinalis dan bila trjadinya sangat cukup

panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini terjadi, maka pembengkakan akan sampai ke menuju skrotum, disebut hernia skrotalis. Kantong hernia terdapat di dalam muskulus kremaster, terletak anteromedial terhadap vas deferens dan struktur lain dalam tali sperma (Syamsuhidayat, 2004).

Menurut Erfandi (2009), Hernia ini terjadi apabila terjadi pada cincin inguinalis dan bisa melewati korda spermatikus melalui kanalis inguinalis. Ini umumnya terjadi pada pria daripada wanita. Insidennya tinggi pada bayi dan anak kecil. Hernia ini bisa meningkat sangat besar dan menuju ke skrotum. Pembekakan itu bisa menjadi mengecil atau menghilang pada saat tidur. Bila menangis, mengejan dan mengangkat benda dengan kondisi yang berat dengan keadaan posisi klien berdiri bisa mencul kembali.

2) Hernia inguinalis direk

Pembengkakan langsung melalui segitiga Hesselbach, di bagian inferior daerah yang dibatasi oleh ligamen tuinguinale, pembuluh epigastrika inferior di daerah lateral dan pinggir otot rektus di antara medial. Disebut juga hernia inguinalis medialis. Berbentuk segitiga Hasselbach terjadi oleh fasia transversal jika dieratkan

oleh serat aponeurosis musculus transversus abdominis yang seakan akan belum sempurna sehingga keadaan un masih lemah. Hernia medialis, sebab belum keluar melewati kanalis inguinalis ke skrotum, dasarnya tidak diikuti strangulasi karena cincin hernia longgar (Syamsuhidayat, 2004).

Menurut Erfandi (2009), Hernia ini melalui tepi abdomen di daerah kelemahan otot, jangan melewati kanal seperti pada hernia inguinalis dan femoralis indirek. Ini lebih umum pada lansia. Hernia inguinalis direk secara perlahan terjadi didaerah yang lemah di karena defisiensi kongenital. Hernia ini disebut direkta secara langsung menuju anulus inguinalis eksterna walaupun anulus inguinalis interna dipaksa bila klien berdiri atau mengejan, akan timbul benjolan. jika hernia ini sampai ke skrotum, maka akan sampai ke daerah atas skrotum, walaupun testis dan funikulus spermatikus belum dapat dipisahkan dari masa hernia. Pada klien terlihat ada massa bundar pada anulus inguinalis eksterna yang bisa mengecil bila klien terlentang. Karena ukuran lebih besar defek pada dinding posterior maka hernia ini belum bisa menjadi ireponibilis.

2.1.4 Etiologi

Hal-hal yang dapat mengakibatkan timbulnya hernia secara umum adalah menggendong barang yang sangat berat, batuk, kegemukan, mendedan, asites (terjadi kumpulan cairan abnormal di daerah rongga perut), aktifitas fisik yang berlebihan.

Etiologi terjadinya hernia yaitu :

2.1.4.1 Hernia Inguinal

Menurut Black, J dkk (2002) penyebab Hernia Inguinal adalah

- a. Terjadi penurunan kekuatan otot dinding abdomen.
 - 1) Kelemahan jaringan
 - 2) Terdapat tempat dibagian lebar diligamen inguinal
 - 3) Traum
- b. terjadi tekanan pada intra abdominal.
 - 1) Obesitas
 - 2) Mengambil barang berat
 - 3) Mengejan Konstipasi
 - 4) Kehamilan
 - 5) Batuk dalam jangka waktu lama
 - 6) prostate Hipertropi

c. Hernia Hiatal

faktor Hernia Hiatal biasanya belum diketahui, namun bisa terjadi karena adanya kelemahan pada jaringan penyokong.

Faktor resiko terjadinya Hernia Hiatal adalah: Pertambahan usia, kegemukan, dan Merokok.

d. Hernia Umbilical

Hernia Umbilical/Umbilikus terdapat jika penutupan umbilikus (didapat tali pusar) tidak sempurna.

e. Hernia Femoralis

- 1) Akibat adanya hernia Femoralis adalah kehamilan multipara, kegemukan dan keturunan penahan ikat.
- 2) Faktor kekurangan bagan fascia dan aponeurosis tranversa, degenerasi/atropi, tekanan intra abdomen meningkat, pekerjaan mengangkat benda-benda berat, batuk kronik, gangguan BAB, dan gangguan BAK.

2.1.5 Patofisiologi

Pendapat Syamsuhidayat (2004), hernia inguinalis bisa didapatkan sebab anomali kongenital atau akibat yang didapat. Hernia dapat diketahui jika setiap usia. Penyakit ini sering diderita pada laki-laki ketimbang pada perempuan. Berbagai faktor akibat terjadi pada depot pintu masuk anulus internus hernia yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong dan isi hernia. Selain itu, yang dapat mendorong melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar itu diperlukan pula faktor isi herniayang ada. Faktor peningkatan tekanan di dalam rongga karena peninggian tekanan di dalam rongga perut perut yang dipandang berperan kausal. Kanalis inguinalis adalah terjadi Pada bulan ke-8 kehamilan kanal yang normal pada fetus, terjadi melalui kanal tersebut desensus testis. Penurunan testis terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonei yang akan menarik

peritonium ke daerah skrotum sehingga. proses ini telah mengalami obliterasi Pada bayi yang sudah lahir, umumnya sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. kanalis ini tidak menutup dalam beberapa hal tersebut. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. jika kanalis kanan terbuka maka biasanya yang kiri juga terbuka. Dalam keadaan normal, pada usia 2 bulan kanalis yang terbuka ini akan menutup. Bila proses terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital .

kanalis inguinalis telah menutup Pada orang tua. tetapi karena menyebabkan lokus minoris resistensie, sebab saat keadaan yang terjadinya tekanan intra-abdominal lebih terasa, hernia inguinalis lateralis akuisita tersebut dapat terbuka kembali dan timbul. akibat kerusakan Nervus Ilioinguinalis dan Nervus Iliofemoralis setelah apendektomi Kelemahan otot dinding perut terjadi akibat akibat jaringan kanal (Erfandi, 2009).

Pada hernia akan terjadi kelemahan atau kegagalan menutup yang bersifat kongenital usus ke dalam anulus inguinalis di atas kantong skrotum, disebabkan oleh prolaps sebagian. kemudian akan mengalami nyeri dan gelala-gejala obstruksi usus (perut kembung, nyeri kolik abdomen, tidak ada flatus, tidak ada feces, muntah).

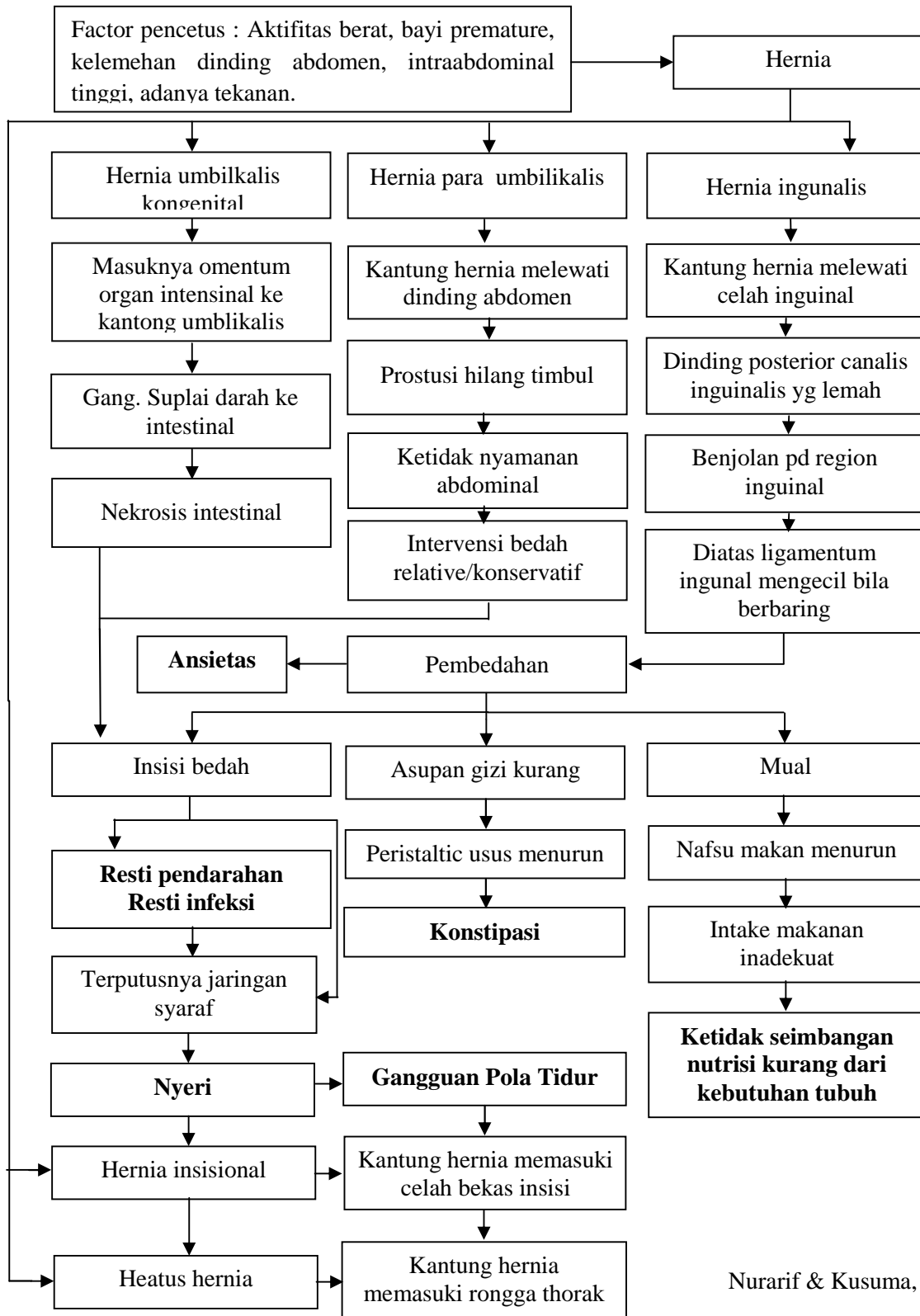
bila usus yang prolaps bisa menyebabkan Hernia inkarserata terjadi konstiksi bila suplai darah ke kantong skrotum, Isi hernia dapat kembali ke rongga peritoneum disebut hernia inguinal reponibilis, bila

tidak dapat kembali disebut hernia inguinal irreponibilis (Mansjoer, 2004). keluhan yang timbul hanya berupa benjolan di lipat paha yang muncul pada waktu berdiri, batuk, bersin, mengedan, dan menghilang setelah berbaring terjadi pada hernia reponibilis. Keluhan nyeri jarang dijumpai pada hernia ini, walaupun ada nyeri dirasakan di daerah epigastrium atau didaerah umbilikal berupa viseral akibat regangan pada mesenterium sewaktu satu segmen usus halus masuk ke dalam kantung hernia.

Bila usus tidak dapat kembali karena jepitan oleh anulus inguinalis, terjadi gangguan pembuluh darah dan gangguan pasase segmen usus yang terjepit. Keadaan ini disebut hernia strangulata. rasa sakit yang terus menerus Secara klinis keluhan klien adalah Terjadi gangguan pada usus seperti nyeri padaperut kembung dan muntah.

Akibat penimbunan racun yang akan mengakibatkan terjadinya infeksi dalam tubuh Pembuluh darah yang terjepit . dinding usus yang akan berakibat buruk yaitu kematian Infeksi ini akan menjadi sumber infeksi ke seluruh tubuh.

2.1.6 WOC (Web Of Causa)



Nurarif & Kusuma, 2016

2.1.7 Manifestasi Klinik

Menurut Arief Mansjoer (2004), manifestasi klinis dari hernia adalah sebagai berikut :

2.1.7.1 Adanya pembekakan (asimptomatik)

Keluhan benjolan di daerah inguinal yang timbul berupa adanya atau skrotal yang hilang timbul. Misalnya nyeri mendedan, batuk-batuk, tertawa, atau menangis. Bila klien tenang, benjolan akan hilang secara spontan. Timbul bila terjadi peningkatan tekanan intra peritoneal.

Keluhan nyeri pada hernia ini jarang ditemui, walaupun yang dirasakan di daerah perut epigastrium atau para umbilikal berupa nyeri viseral sewaktu satu segmen usus halus masuk ke dalam kantung hernia bila usus tidak dapat kembali akibat regangan pada mesenterium karena jepitan oleh anulus inguinalis, terjadi gangguan pembuluh darah dan gangguan pasase segmen usus yang terjepit. Secara klinis keluhan klien adalah rasa sakit yang terus menerus. Keadaan ini disebut hernia strangulata. Gangguan pasase usus seperti abdomen kembung dan muntah pemeriksaan fisik dan Tanda klinik tergantung pada isi hernia. Pada Inspeksi : dilihat hernia inguinalis lateralis muncul sebagai penonjolan di regio inguinalis pada saat klien mendedan dapat yang berjalan dari lateral atas ke medial bawah. Palpasi: pada funikulus spermaticus kantong hernia yang kosong dapat dirasakan sebagai geseran dari lapis kantong yang

mengutamakan alasan gesekan dua permukaan sutera. Tangan sutera ini disebut tanda sarung, tetapi umumnya gejala ini sulit ditemukan. Pemerikasaa bisa teraba pada usus, omentum (seperti karet), atau ovarium. bila ada hernia berisi bagian maka tergantung pada isinya, Dengan jari kelingking atau jari telunjuk pada anak usia dini, bisa dipraktekan mendorong isi hernia dengan menonjolkan kulit skrotum melalui annulus eksternus sehingga dapat ditentukan apakah isi hernia dapat direposisi atau tidak. Apabila hernia dapat direposisi, pada saat jari masih berada dalam annulus eksternus, klien dianjurkan mengedan. Kalau seandainya hernia teraba diujung jari, maka hernia inguinalis lateralis, dan kalau stepi jari menyentuh itu menandakan hernia inguinalis medialis. Didalam hernia pada bayi wanita yang teraba benjolan yang padat biasanya terdiri dari ovarium.

2.1.7.2 Gejala Klinis

Gejala klinis hernia banyak diketahui oleh kondisi isi hernia. tanda yang muncul seperti berupa adanya pembengkakan di selangkangan dipaha yang timbul saat waktu berdiri, batuk, bersin, atau mengedan dan tidak ada setelah terlentang. Keluhan nyeri jarang dijumpai bila ada yang dirasakan di dibagian epigastrium atau periumbilikal berupa nyeri visceral karena regangan pada mesenterium sewaktu satu segmen usus halus masuk ke dalam kantong hernia. Hernia inguinalis yang sering

pada anak yaitu hernia inguinalis lateralis (*indirect*). 60% dari kasus hernia inguinalis terjadi saat dibagian sisi kanan, 30% pada sisi kiri dan 10% bilateral.

2.1.7.3 Tanda Klinis

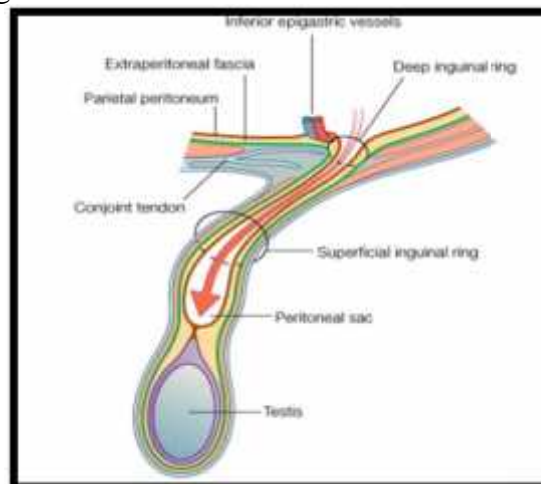
Tanda klinis pada pengkajian fisik berhubungan dengan isi hernia. Pada saat inspeksi, pasien diminta mengedan maka akan terlihat benjolan pada lipat paha, bahkan benjolan sering tampak meskipun klien tidak mengedan. Pada pengkajian dilakukan palpasi, teraba pembengkakan yang teraba kenyal, isinya berbentuk usus, omentum atau ovarium, juga dapat ditentukan apakah hernia itu dapat didorong masuk dengan jari/ direposisi. Sewaktu auskultasi bisa terdengar bising usus dengan melakukan stetoskop yang isi hernia berisi seperti usus.

Tabel 2.1.

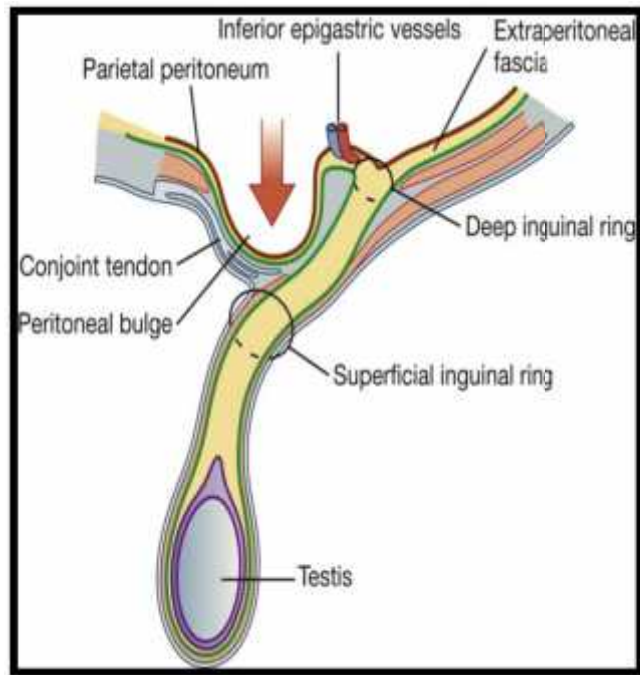
Persentase Kejadian Hernia Inguinalis Indirek Menurut Lokasi

Sisi Kanan	60%
Kiri	25%
Kedua sisi	15%

Hernia Inguinalis Indirek



Hernia Inguinalis Direk



2.1.8 Komplikasi

Akibat dari hernia dapat menimbulkan beberapa komplikasi antarlain :

2.1.8.1 Terjadi perlengketan berupa isi hernia sama isi kantung hernia sehinggaisi kantung hernia belum diketahui kembalinya lagi, keadaan ini disebut hernia inguinalis lateralis ireponibilis. saat kondisi ini tidak gangguan penyaluran isi usus. Isi hernia yang tersering menyebabkan keadaan ireponibilis, adalah omentum, karena mudah melekat pada dinding herniadan isinya dapat menjadi lebih besar karena infiltrasi lemak. Usus besarlebih sering menyebabkanireponibilisdaripada usus halus.

2.1.8.2 Terjadi tekanan pada cincin hernia maka terjadi banyaknya usus yang masuk. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya isi usus diikuti dengan gangguan vascular (proses strangulasi).

Keadaan ini disebut hernia inguinalis strangulata (Mansjoer, 2002).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

2.1.9.1 Pengecekan laboratorium supaya dapat diketahui kerusakan pada organ yaitu jantung dan ginjal.

- a. Untuk mengetahui hasil hipertropi ventrikel kiri dengan cara EKG
- b. Pemeriksaan Urinalisa untuk mendapatkan hasil urine, glukosa, urine, darah, protein Pemeriksaan : pemeriksaan fungsi ginjal terpisah dan penentuan kadar urin. pielogram intravena arteriogram renal, renogram,
- c. Rontgen dan CT scan.

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Identitas Klien :

Penyakit Hernia sering terjadi pada anak2 dan pada dewasa yang mengerjakan kegiatan berlebihan, melakukan pengangkatan benda berat.

2.2.1.2 Keluhan utama

Ada pembekakan di inguinal dan terasa nyeri.

2.2.1.3 Riwayat penyakit sekarang :

Klien mengeluh nyeri, ada benjolan, mual muntah.

2.2.1.4 Riwayat penyakit sebelumnya :

Wawancara di tunjukan untuk mengetahui penyakit yang di derita klien.

2.2.1.5 Riwayat psiko,sosio, dan spiritual :

Klien masih berhubungan dengan temannya dan bermain seperti biasanya, suka bekerja menolong orang tua, klien masih dapat berkomunikasi dengan orang tuanya. Bagaimana dukungan keluarga dalam keperawatan agar membantu dalam proses penyembuhan..

2.2.1.6 Aktivitas/istirahat

Gejala :

a. Sebelum MRS:

Pasien sering melakukan aktivitas yang berlebihan, berkebun, mengangkat2 sawit dan menimbang karet.

b. Sesudah MRS:

- 1) Membutuhkan papan/matras yang keras saat tidur.
- 2) Penurunan rentang gerak dan ekstremitas pada salah satu bagian tubuh.
- 3) Tidak mampu melakukan aktivitas yang biasanya dilakukan.
- 4) Atrofi otot pada bagian tubuh yang terkena.
- 5) Gangguan dalam berjalan.

2.2.1.7 Eliminasi

Gejala :

- a. Konstipasi, mengalami kesulitan dalam defekasi.

b. Adanya retensi urine.

2.2.1.8 Istirahat tidur.

Penurunan kualitas tidur.

2.2.1.9 Personal Higiene.

Penurunan kebersihan diri, ketergantungan.

2.2.1.10 Integritas Ego

- a. Gejala : ketakutan akan timbulnya paralisis, ansietas, masalah pekerjaan finansial keluarga
- b. Tanda : tampak cemas, depresi, menghindar dari keluarga/orang terdekat

2.2.1.11 Kenyamanan

- a. Gejala : nyeri seperti tertusuk pisau, yang akan semakin memburuk dengan adanya batuk, bersin, defekasi, nyeri yang tidak ada hentinya, nyeri yang menjalar ke kaki, bokong, bahu/lengan, kaku pada leher.(Doenges, 1999 : 320-321).

2.2.2 Pemeriksaan fisik

2.2.2.1 Keadaan umum : Lemah.

2.2.2.2 TTV = TD : Normal / hipertensi (N: 120/80 mmHg).

Suhu : Hipotermi (N: 36°C- 37°C).

Nadi : Tachicardi (N: 80-120 x/mnt).

RR : Normal / meningkat (N: 30-60 x/mnt).

2.2.2.3 Kepala dan leher

- Inspeksi : Ekspansi wajah menyeringai, merintih, menahan sakit.
- Rambut : Lurus/keriting, distribusi merata/tidak, warna, Ketombe, kerontokan
- Mata : Simetris / tidak, pupil isokhor, skelara merah muda, konjunctiva tidak anemis
- Hidung : Terdapat mukus / tidak, pernafasan cuping hidung.
- Teling : Simetris, terdapat mukus / tidak
- Bibir : Lembab,tidak ada stomatitis.
- Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan limfe pada leher

2.2.2.4 Dada

- Inspeksi : Simetris, tidak terdapat tarikan otot bantu pernafasan
- Palpasi : Denyutan jantung teraba cepat, badan terasa panas, nyeri tekan(-)
- Perkusi : Jantung : Dullness
- Auskultasi : Suara nafas normal.

2.2.2.5 Abdomen

- Inspeksi : terdapat luka post operasi di abdomen regioninguinal
- Palpasi : Teraba massa, terdapat nyeri tekan pada

daerah inguinalis

Perkusi : Dullness

Auskultasi : Terdengar bising usus (N= <5 per menit)

2.2.2.6 Ekstremitas

Atas : Simetris, tidak ada edema

Bawah : Simetris, tidak ada edema

2.2.2.7 Genetalia

Inspeksi : Scrotum kiri dan kanan simetris, ada lesi

2.2.3 Pemeriksaan penunjang

2.2.3.1 Cahya X abdomen menandakan tanda tidak normalnya kadar gasyang terdapat pada usus/ obstruksi usus.

2.2.3.2 Cara mengetahui darah lengkap dan serum elektrolit dapat menghaslkan peningkatan konsentrasi (peningkatan hemotokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan nya elektrolit.

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

2.2.4.1 Nyeri akut b.d diskontuinitas jaringan akibat tindakan operasi

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

2.2.4.3 Gangguan rasa nyaman nyeri b.d kurang control situasional

2.2.4.4 Resiko tinggi perdarahan b.d pembedahan

2.2.4.5 Resiko tinggi infeksi b.d luka operasi

2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pain Level, b. Pain control c. Comfort level <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengelola nyeri (untuk mengetahui penyebab nyeri, memakai tehnik nonfarmakologi agar nyeri berkurang b. Mengatakan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri c. Mampu 	<p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kaji nyeri secara menyeluruh termasuk durasi, frekuensi lokasi, karakteristik, , kualitas dan faktor presipitasi b. Observasi ketidaknyamanan melalui reaksi nonverbal c. Lakukan komunikasi terapeutik agar mengetahui pengalaman nyeri pasien d. Cek kultur yang berpengaruh terhadap respon nyeri e. kaji pengalaman nyeri di masa lalu f. Evaluasi bersama antara tim kesehatan lain dengan pasien tentang cara mengontrol nyeri masa lalu g. Bantu pasien dan

		<p>mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>e. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>h. Monitor keadaan yang bisa mempengaruhi nyeri seperti pencahayaan, suhu ruangan dan kebisingan</p> <p>i. Atasi faktor penyebab nyeri</p> <p>j. Atasi cara mengatasi nyeri(non farmakologi, farmakologi, dan interpersonal)</p> <p>k. Kaji sumber dan tipe nyeri agar dapat menentukan intervensi</p> <p>l. Beritahu teknik non farmakologi</p> <p>m. Beri analgetik/anti nyeri untuk mengatasi nyeri</p> <p>n. Lihat keberhasilan kontrol nyeri</p> <p>o. Tingkatkan istirahat</p> <p>p. Bekerjasama dengan tim medis bila keluhan dan tindakan untuk mengatasi nyeri tidak berhasil</p>
--	--	---	--

			<p>q. Monitor respon klien tentang pengelolaan nyeri</p> <p>Analgesic</p> <p>Administration</p> <p>a. Pastikan karakteristik, lokasi, derajat dan kualitas nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>b. Lihat perintah dokter tentang dosis, jenis obat, dan frekuensi</p> <p>c. Cek riwayat alergi</p> <p>d. Pilih analgesik ketika pemberian lebih dari satu, kombinasi dari analgesik</p> <p>e. Pastikan pilihan analgesik sesuai tipe dan beratnya nyeri</p> <p>f. Pilih analgesik, dosis optimal dan rute pemberian</p> <p>g. Pilih cara memberikan obat secara IM, IV untuk pengobatan nyeri secara teratur</p> <p>h. Cek vital sign sesudah dan sebelum pemberian analgesik pertama kali</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> i. Beri analgesik yang tepat bila nyeri hebat j. Lihat kerja analgesik, gejala dan tanda (efek samping)
2.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>b.d mual muntah</p>	<p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nutritional status: Adequacy of nutrient b. Nutritional Status : fluid and Foot Intake c. Kontrol berat badan <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...ketidakseimbangan nutrisi teratasi dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Albumin serum b. Pre Albumin serum c. Hematokrit d. Hemoglobin e. Total iron binding capacity f. Jumlah limfosit 	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cek adanya alergi terhadap makanan b. Bekerjasama dengan ahli gizi agar mengetahui jumlah nutrisi dan kalori yang dibutuhkan pasien c. Pastikan diet mengandung serat yang tinggi dan dapat mencegah konstipasi d. Ajarkan klien cara membuat catatan harian makanan. e. Periksa rutin gula darah dan penurunan BB f. Selama makan kontrol lingkungan klien g. Atur pemberian obat dengan tindakan selama jam makan h. Monitor turgor kulit i. Kontrol rambut kusam,

			<p>kekeringan, total protein, Hb dan kadar Ht</p> <p>j. Kontrol muntah dan mual</p> <p>k. Kontrol tanda kemerahan, pucat, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>l. Monitor intake nutrisi</p> <p>m. Beri informasi pada keluarga dan klien manfaat nutrisi</p> <p>n. Kerja sama dengan tim medis tentang pemenuhan kebutuhan makanan seperti NGT/ TPN agar intake cairan adekuat.</p> <p>o. Atur posisi fowler tinggi atau semi fowler saat makan</p> <p>p. Memotivasi klien untuk banyak minum</p> <p>q. Berikan terapi IV line dan Catat adanya hiperemik, edema, cavitas oval dan hipertonic papila lidah</p>
--	--	--	---

3	<p>Gangguan rasa nyaman nyeri b.d kurang control situasional</p>	<p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> Join movement : Active Mobility level Self deprivation Comfort,readines for enchanced <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah gangguan rasa nyaman teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol kecemasan Status lingkungan yang nyaman Kualitas tidur dan istirahat yang adekuat. Agensi pengendalian diri Respon terhadap pengobatan Satus kenyamanan 	<p>penurunan kecemasan (Anxiety reduction)</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang menenangkan Jelaskan pada klien harapan terhadap perilaku klien Beri penjelasan tentang prosedur dan hal yang akan dirasakan selama prosedur. Katahui pemahanan pasien tentang situasi stres Temani klien untuk mengurangi rasa tajut klien dan memberi rasa aman Motivasi keluarga untuk menemani anak Lakukan back/nac rub Dengarkan dengan penuh perhatian Identifikasi tingkat kecemasan Bantu pasien mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan
---	---	---	---

		<p>meningkat</p> <p>g. Dspst mengontrol kekuatan</p> <p>h. Support social</p> <p>i. Keinginsn untuk hidup</p>	<p>k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>l. Instuksikan pasien menggunakan teknik relaksasi</p> <p>m. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan</p>
4	<p>Resiko tinggi perdarahan b.d pembedahan</p>	<p>NOC</p> <p>a. Blood los severity</p> <p>b. Bloo koagaulation</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perdarahan teratasi dengan :</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Tidak ada hematuria dan hematemesis</p> <p>b. TD dalam batas normal</p> <p>c. Tidak ada perdarahan</p>	<p>Bleeding Precautions</p> <p>a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan</p> <p>b. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan</p> <p>c. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit</p> <p>d. Monitor TTV ortostastik</p> <p>e. Pertahankan bedrest selama perdarahan aktif</p> <p>f. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)</p>

		<p>pervagina</p> <p>d. Tidak ada sistensi abdominal</p> <p>e. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal</p> <p>f. Plasma, PT, PTT dalam batas normal</p>	<p>g. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan</p> <p>h. Hindari mengukur suhu lewat rectal</p> <p>i. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant</p> <p style="text-align: center;">Bleeding reduction :</p> <p style="text-align: center;">Self Harm</p> <p>a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh</p> <p>b. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung</p> <p>c. Dokumentasikan jumlah, warna dan karakteristik feses</p> <p>d. Kurangi faktor stress</p> <p>e. Monitor status nutrisi pasien</p> <p>f. Berikan cairan intravena</p>
5.	Resiko tinggi infeksi b.d luka	<p style="text-align: center;">NOC :</p> <p>a. Immune Status</p>	<p style="text-align: center;">Infection Control</p>

	<p>operasi</p>	<p>b. Knowledge : Infection control</p> <p>c. Risk control</p> <p>Setelah diintervensi selama 3 hari masalah resiko infeksi teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Tidak ditemukan dari tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Menjelaskan tentang proses penyakit, penularan serta penatalaksanaannya</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas</p>	<p>(Kontrol infeksi)</p> <p>a. Lakukan pembersihan ruangan setelah digunakan pasien lain</p> <p>b. Pertahankan teknik isolasi</p> <p>c. Batasi pengunjung bila perlu</p> <p>d. Beritahu pengunjung untuk cuci tangan bila melihat klien dan saat akan pulang</p> <p>e. Cuci tangan dengan sabun antiseptik</p> <p>f. Lakukan Kebersihan tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <p>g. Pakai sarung tangan dan baju sebagai alat pelindung</p> <p>h. selama pemasangan alat, beri lingkungan aseptik</p> <p>i. Ganti posisi Infus Line perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>j. Pakai Dower kateter untuk mencegah</p>
--	-----------------------	---	---

		normal	<p>infeksi kandung kencing</p> <p>k. Tingkatkan intake nutrisi</p> <p>l. Bila perlu berikan terapi antibiotik</p> <p>Pencegahan terhadap infeksi (Infection Protection)</p> <p>a. Pantau gejala dan tanda infeksi dan lokal sistemik</p> <p>b. Pantau granulosit, WBC</p> <p>c. Pantau kerentanan terhadap infeksi</p> <p>d. Batasi pengunjung</p> <p>e. Saring pengunjung yang dilihat ada penyakit menular</p> <p>f. Lakukan teknik steril untuk klien yang beresiko</p> <p>g. Teknik isolasi bila diperlukan</p> <p>h. pada area epidema bisa diberikan perawatan kulit</p> <p>i. lihat jika ada tanda panas, drainase, kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan</p>
--	--	--------	---

			<ul style="list-style-type: none">j. Lihat luka / insisi bedahk. Motivasi intake nutrisi yang cukupl. Motivasi intake cairanm. Dorong istirahatn. Ajarkan klien minum antibiotik sesuai resepo. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksip. Latih klien untuk menghindari infeksiq. Laporkan kecurigaan infeksir. Laporkan kultur positif
--	--	--	--

2.4 Konsep Jurnal

2.4.1. Pengaruh Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Abdomen Terhadap Penyembuhan Luka dan Fungsi Pernafasan.

Tindakan pembedahan merupakan salah satu pilihan untuk mengatasi masalah penyakit atau kesehatan pada praktik kedokteran modern. Luka karena pembedahan terjadi umumnya berukuran dalam dan besar, sehingga menggunakan waktu sembuh yang lama (Priharjo.,1992). Mobilisasi akan membantu pertahanan sendi dan otot supaya juga dapat mengurangi nyeri, memberi dan melancarkan peredaran darah, mengubah pengaturan metabolisme tubuh, merubahkan kerja fisiologis alat vital yang ada pada akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan pada luka. Melakukan gerakan badan atau membantu supaya sendi dan otot otot setelah operasi di akan memperbugar pikiran dan menghindari dampak negatif dari pikiran psikologis yang sangat berpengaruh baik terhadap pemulihan kesehatan fisik. Mobilisasi ini dianjurkan setelah 6 jam selesai pembedahan, dilakukan setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah pembiusan regional. klien pasca operasi diharapkan bisa melakukan tindakan sesegera mungkin, seperti melakukan gerakan kaki, bergeser di tepi tempat tidur, latihan nafas cara batuk batuk efektif (Brunner &Suddarth, 1996). Long, (1998) juga mengatakan tindakan mobilisasi dini mengandung pengaruh penting untuk sirkulasi darah yang bisa mengakibatkan berkurangnya rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi

untuk kesembuhan daerah luka habis operasi, dan memberikan kelancaran fungsi ginjal. Mobilisasi dilakukan dengan langkah demi langkah berguna untuk mempercepat terjadinya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada klien yaitu dimulai merasa sembuh (RustamMuchtari, 1992) Pembedahan mengakibatkan timbulnya luka dan nyeri pada bagian tubuh pasien. Kebanyakan semua klien masih memiliki kecemasan kalau tubuh digerakkan pada kondisi tertentu pasca operasi akan berpengaruh luka operasi yang masih dalam masa penyembuhan yang baru saja selesai dikerjakan. Pada hal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dicemaskan, justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau latihan pergerakan badan sedini mungkin. Asalkan rasa nyeri bisa ditahan untuk keseimbangan.

Hasil observasi peneliti 5 orang belum melaksanakan mobilisasi, posisinya hanya bisa berbaring di tempat tidur saja. Sedangkan 2 orang yang mengerjakan mobilisasi tetapi tidak beraturan sudah bisa melakukan mobilisasi secara bertahap. Dari hasil wawancara klien mengatakan merasa masih cemas bila luka terbuka, nyeri saat dilakukan gerakan.

Berdasarkan fenomena yang terjadi maka penulis ingin melakukan asuhan keperawatan tentang pengaruh mobilisasi dini setelah operasi terhadap penyembuhan luka dan fungsi pernafasan klien dengan post operasi abdomen kanan bawah, mobilisasi yang dilakukan akan memperlancar peredaran darah sekitar luka operasi sehingga sirkulasi

nutrisi kearah luka terserap dengan baik dan proses penyembuhan luka cepat. Hal ini juga didukung oleh Rodt (2008) mengganti- ganti posisi di tempat tidur, berjalan dan melakukan gerakan-gerakan yang dianjurkan dokter atau perawat akan memperbaiki sirkulasi sehingga terhindar dari resiko pembekuan darah karena pembekuan darah ini dapat memperlambat penyembuhan luka Pemberian mobilisasi dini sesuai prosedur sangat membantu untuk pemulihan luka jahitan yang mengalami post operasi abdomen baik untuk bedah mayor maupun minor sehingga penyembuhan bias sesuai dengan konsep ini bisa menjadi mempercepat rawatan menjadi memendek. Selanjutnya Pemberian mobilisasi dini sesuai prosedur sangat membantu meningkatkan fungsi pernafasan khususnya untuk klien mengalami tirah baring lama pada klien setelah tindakan perut sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi gangguan pernafasan

DaIam melakukan tindakan keperawatan dengan Tn. H untuk diagnosa terjadi infeksi dianjurkan mobilisasi dini menurut dengan jurnaI yang ada. Terapi diIakukan Mobilisasi sudah dapat dilakukan sejak 24 jam setelah pembedahan, tentu setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan spinal dengan hasil akhir masalah keperawatan hambatan mobilitasfisik klien dapat teratasi.

2.4.2 Manajemen Nyeri Dengan Menggunakan Teknik Relaksasi Pada Pasien Post Herniorapi Hari Ke-1 Di Ruang Cempaka III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus

Hernia inguinalis lateralis adalah hernia yang melalui annulus inguinalis internus yang terdapat di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluarinya ke dalam perut melewati annulus inguinalis eksternus.

Dari kasus post op hernia biasanya muncul masalah nyeri. akibat trauma jaringan terjadi saat sel saraf rusak, maka terbuatlah zat-zat kimia seperti, enzim proteolitik, serotonin dan Bradikinin. Kemudian zat-zat tersebut merusak ujung saraf reseptor dan nyeri merangsang tersebut akan dihantarkan melalui saraf asenden ke hypothalamus. Sedangkan di korteks nyeri akan dihantarkan sehingga individu merasakan nyeri. Selain nyeri dihantarkan ke hypothalamus dapat mengurangi rangsangan terhadap reseptor mekanis sensitive pada termosensitif sehingga bisa juga mengakibatkan atau merasakan nyeri.

Manajemen untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien merupakan salah satu cara yang dilakukan di kesehatan untuk. Merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi yaitu Teknik relaksasi dan dalam strategi penanganan nyeri, relaksasi merupakan kebebasan fisik dan mental dari stres dan ketegangan, bisa mengubah dan memfasilitasi efektif persepsi kognitif pasien. Teknik relaksasi dapat menjadi pasien untuk mengontrol diri ketika

terjadi rasa yang tidak enak atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Pemberian analgetik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa. Jika dengan manajemen nyeri non farmakologi belum juga berkurang atau hilang maka berubah lah diberikan analgetik.

Hasil manajemen nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi selama 3 hari pada pasien herniorapi mengalami perbaikan, secara bertahap yaitu pada hari pertama skala nyeri 6 sedangkan pada hari kedua skala nyeri 5 dan hari keketiga skala nyeri 2.

Meskipun demikian setelah dilakukan manajemen tindakan relaksasi nafas dalam melalui mulut dan dikeluarkan melalui hidung. menunjukkan keberhasilan walaupun secara bertahap. Saran penulis yaitu menganjurkan menggunakan manajemen nyeri dengan menggunakan teknik nafas dalam, agar dapat mengatasi nyeri tersebut.

Dengan teknik relaksasi sangat efektif karena dibuktikan pada periode relaksasi (nafas dalam) yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan dengan merelaksasikan otot-otot.

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.H untuk diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan teknik relaksasi napas dalam sesuai dengan jurnal yang terkait. Terapi dilakukan sebanyak 3 hari rawatan dengan hasil akhir masalah keperawatan nyeri klien dapat teratasi sebagaia

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Diri Klien

Nama : Tn. H

Tempat Tgl Lahir : Ds. candi 05 November 1990

Umur : 29 Tahun

Jenis kelamin : Laki – Laki

Status perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku : Melayu

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Swasta (berkebun)

Alamat : Ds candi

Tanggal masuk : 19 Desember 2018

Diagnose medik : Hernia Inguinalis

Sumber Informasi : Klien, keluarga dan Status Klien

No. MR : 0151468

Tanggal operasi : 20 Desember 2018

Tanggal Pengkajian: 21 Desember 2018

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (Orang tua, suami, istri,
dll)

Nama : Ny. N

Umur : 26 tahun

Pekerjaan : Ibu Rumah tangga

Alamat : Ds candi

Hubungan dg Klien : Istri klien

3.2 Status Kesehatan Saat Ini

3.2.1 Keluhan utama

Klien datang kerumah sakit pada tanggal 19 desember 2018 jam 10.45 WIB, diantar oleh keluarga keruang poli bedah dengan tingkat kesadaran composmetis. Dengan keluhan terasa ada benjolan di daerah region inguinal dextra tepatnya di skrotum sebelah kanan berdiameter sekitar 4-5 cm. Benjolan terlihat terutama jelas saat klien batuk, bersin, mengedan dan bila berdiri, tapi saat berbaring benjolan hilang atau tidak nampak dan ada rasa nyeri pada benjolan.

TD : 120 / 80 mmhg, Nad: 78 x/menit, P : 20 x/menit, S : 36,5°C

3.2.2 Keluhan saat ini

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 21 desember 2018 jam 09.00 WIB. klien tampak meringis, klien mengatakan nyeri pada saat bergerak, nyeri seperti ditusuk tusuk, skala nyeri 6 (sedang), Terlihat bekas luka post op sepanjang \pm 8 cm sebanyak 7 jahitan di abdomen kanan bawah klien, Tampak disekitar kulit kemerah – merahan di daerah luka bekas operasi dan disekitar jahitan luka tampak masih kemerahan. Klien tampak lemah, klien selalu dibantu dalam melakukan suatu aktivitas dan Klien mengeluh kurang dapat beraktivitas/ mobilisasi, dan klien merasa takut dan cemas untuk beraktivitas/ mobilisasi dikarenakan luka operasi.

Klien terpasang infus RL 20 TPM. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan :

TTV : TD : 120 / 80 mmhg

Nadi : 80 x/menit

P : 22 x/menit

S : 36,7°C

3.2.3 Faktor Pencetus

Yang menjadi faktor pencetus klien menderita hernia adalah aktivitas yang berlebihan. Menurut istrinya, suaminya suka berolahraga seperti bermain futsal, berkebun (mengangkat sawit dan menimbang getah karet) dan juga sering bermain bersama teman-temannya. Istri klien juga mengatakan bahwa, suaminya pada saat batuk terlalu keras ada keluar benjolan disekitaran lipatan paha.

3.2.4 Lama keluhan

Klien mengatakan penyakit ini sudah diderita sejak kecil tetapi masih benjolan kecil pada daerah lipatan paha sebelah kanan berdiameter 2-3 cm dan tidak mengganggu aktifitas. Klien pernah dibawa berobat ke rumah sakit dan pada saat itu dokter menganjurkan untuk dilakukan tindakan operasi tetapi klien menolak operasi dan memutuskan untuk berobat saja di klinik terdekat dan berobat dengan orang pintar. Lama kelamaan benjolan itu semakin membesar dan mulai mengganggu aktifitasnya sebagai petani. Keluhan dirasakan lebih kurang 1 bulan terakhir ini, dirasakan saat sesudah beraktivitas dan saat batuk.

3.2.5 Timbulnya keluhan

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan setelah melakukan aktivitas lebih lama.

3.2.6 Faktor yang memperberat

Klien mengatakan tidak tahu faktor yang memperberat penyakitnya, hanya saja klien mengeluh setelah mengangkat yang berat nyeri lebih dirasakan dan benjolan terlihat jelas.

3.2.7 Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Klien berobat kepuskesmas, oleh karena tidak ada perubahan klien dibawa berobat ke rumah sakit melalui poli bedah dari hasil pemeriksaan dokter spesialis klien dianjurkan untuk operasi dan pada saat itu klien menolak untuk dilakukan tindakan operasi dan melanjutkan pengobatan kepuskesmas. Lama kelamaan benjolan semakin membesar, akhirnya dibawa kembali berobat ke rumah sakit dan menyetujui untuk dilakukan tindakan operasi.

3.2.8 Diagnosa medik : Pada tanggal 21 Desember 2019 Pasien dengan Post Op Hernia Inguinalis Dextra

3.3 Riwayat Kesehatan dahulu

3.3.1 Penyakit yang pernah dialami

Istri klien mengatakan bahwa hernia yang dialami oleh suaminya terjadi sejak kecil dan keluarga menganggap bahwa hernia tersebut tidak apa-apa karena tidak mengganggu aktifitas anaknya, sebelumnya klien tidak pernah dirawat di rumah sakit dan tidak pernah menderita penyakit berat, hanya demam biasa.

3.3.2 Riwayat Alergi

Keluarga mengatakan klien memiliki alergi terhadap makanan jenis seafood (udang) dan tidak ada alergi obat.

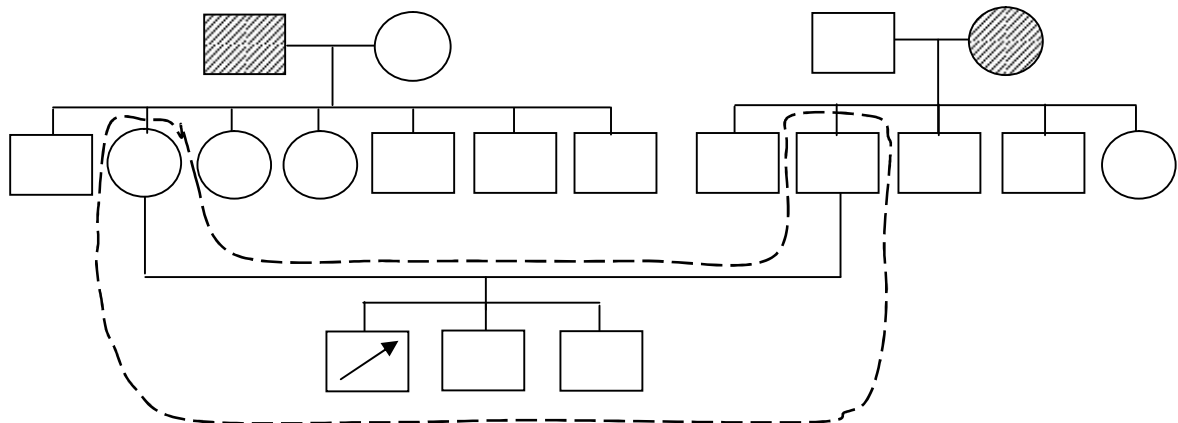
3.3.3 Kebiasaan merokok/ kopi/ teh/ obat-obatan/ alkohol/ lain-lain

Istri klien mengatakan klien memiliki kebiasaan merokok, dan juga memiliki kebiasaan minum kopi atau teh pada saat pulang.

3.4 Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga lain yang mengalami penyakit hernia maupun penyakit serius lainnya.

Genogram



Keterangan

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

▨ / ▨ : Meninggal

▢ ↗ : Klien

--- : Tinggal serumah

Ibu Klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, saudara klien ada 2 orang, klien tinggal serumah dengan orang tua dan saudara-saudaranya. Ibu Tn.Hmengatakan bahwa sakit yang diderita klien sudah ia alami sejak masih kecil.

3.5 Data Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1
Aktivitas sehari hari

No	Aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1.	Pola Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makan 3x sehari, makanan habis 1 porsi • Intake cairan \pm 5 gelas perhari • Diit, makanan biasa • Makanan pantangan tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi makanan lunak 3 x sehari, • Intake cairan 4 aqua gelas/hari • Diit : Makanan lunak
2	Pola Eliminasi	<p style="text-align: center;">BAB :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi 1 x sehari • Tidak menggunakan pencahar • Waktu : pagi hari • Warna : kuning • Konsistensi : lembek <p style="text-align: center;">BAK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : 3 x sehari • Warna : Kekuningan • Bau : khas urin 	<p style="text-align: center;">BAB :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : selama dirumah sakit klien BAB 1 kali sesudah operasi (pada hari ke 2) • Warna : kuning • Konsistensi : Lembek <p style="text-align: center;">BAK :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi : tidak terhitung klien tidak menggunakan DC • Warna : kekuningan • Bau : khas urin
3	Pola Tidur dan istirahat	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu : malam (7-8 jam) • Tidak ada kebiasaan makan obat sebelum tidur • Tidak ada kesulitan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Waktu tidur : Malam 7 jam/hari Siang : 1 jam/hari • Tidak ada kebiasaan tidur • Dirumah sakit pola tidur klien tidak terganggu
4	Pola aktivitas dan latihan	Klien selama ini bekerja sebagai petani dan kegiatan sehari hari selama sakit tidak bisa dilakukan . kegiatan dilakukan waktu	Klien selama dirumah sakit aktivitas dan latihan cara merubah posisi miring kiri dan miring kanan,dari tidur ke duduk,dan berjalan

		luang digunakan untuk menonton tv dan berkumpul dengan teman sambil bermain futsal, kesulitan / keluhan dalam hal yang lain adalah klien merasa nyeri di selangkangan setelah beraktivitas.	kekamar mandi masih dibantu dan perawat.oleh keluarga
--	--	---	---

3.6 Data Lingkungan

Kebersihan : Keluarga mengatakan tempat tinggalnya lumayan bersih dan rapi

Bahaya : Tidak ada bahaya yang mengancam dilingkungan tempat tinggalnya

Polusi : Klien tinggal didusun /pedesaan dengan suasana dan udara yang relatif masih bersih,tetapi jika ada kendaraan lewat ada polusi.

3.7 Data Psikososial

Pola pikir dan persepsi Klien mengatakan hanya kesulitan bila melakukan aktivitas seperti berdiri dan duduk dari tempat tidur selam sakit.

3.7.1 Persepsi diri

3.7.1.1 Hal yang diinginkan saat ini:klien menginginkan cepat sembuh dan cepat pulang.

3.7.1.2 Harapan setelah menjalani perawatan: klien berharap penyakitnyatidak kambuh lagi.

3.7.1.3 Perubahan yang dirasakan setelah sakit:Klien merasa lemah dan aktivitas dibantu oleh keluarga.

3.7.1.4 Kesan terhadap perawat: Klien merasa nyaman dan sangat senang dirawat oleh perawat dengan baik dan ramah.

3.7.2 Suasana hati

Klien mengatakan berharap cepat sembuh dengan penyakitnya yang dialaminya dan cepatizinkan pulang.

3.7.3 Hubungan / komunikasi

3.7.3.1 Bicara

Klien bicara menggunakan bahasa daerah (dusun), orientasi klien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya. dan klien bisa menyebutkan dimana dia berada sekarang dan klien bisa menyebutkan tanggal dan hari apa sekarang.

3.7.3.2 Tempat tinggal : klien selama ini tinggal serumah dengan orang tuanya beserta istrinya. dan bertempat tinggal di rumah orang tua.

3.7.3.3 Adat istiadat yang dapat dianut klien adalah adat dusun dalam membuat keputusan dan mengambil keputusan klien selalu bermusyawarah dengan keluarganya khususnya ibu dan ayahnya dan hubungan dengan keluarga baik.

3.7.3.4 Kesulitan dalam keluarga tidak ada masalah selama ini hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dibuktikan dengan adanya keluarga menjenguk selama dirawat di rumah sakit.

3.7.4 Kebiasaan seksual

Kebiasaan seksual tidak dikaji karena pasien tidak bersedia.

3.7.5 Pertahan koping

3.7.5.1 Pengambilan keputusan klien dibantu oleh keluarganya.

3.7.5.2 Yang disukai tentang diri sendiri:klien merasa bangga sebagai anak yang berbakti pada orang tua dan menjadi kakak/adik buat keluarganya.

3.7.5.3 Yang ingin dirubah dari kehidupan : tidak ada karna menurut klien semua yang dialaminya adalah kehendak Allah SWT

3.7.5.4 Yang dilakukan klien jika stres adalah mencari pemecahan masalah dan mencari pertolongan pada keluarganya.

3.7.6 Sistem nilai kepercayaan

3.7.6.1 Sumber kekuatan klien adalah tuhan yang maha esa dan keluarga.

3.7.6.2 Klien merasa yakin dan penting dengan agamanya

3.7.6.3 Kegiatan keagamaan yang dilakukan klien adalah shoat 5 waktu dan melakukan kegiatan yasinan setiap malam jumat.

3.7.6.4 Kegiatan agama dan kepercayaan yang ingin dilakukan selama dirumah sakit,klien melaksanakan sholat 5 waktu

3.8 Pemeriksaan Fisik

3.8.1 Tingkat kesadaran :komposmentis gcs 15 (E4,M6,V5)

Keadan umum : lemah

TTV : TD : 120 / 80 mmhg

Nadi : 80 x/menit

P : 22 x/menit

S : 36,7°C

3.8.2 Pemeriksaan head to toe

3.8.2.1 Mata

- I : Mata simetris, konjungtiva ananemis, klien gerakan bola mata atas-bawah dengan normal, klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan kanan, ukuran pupil 3 mm, sclera tidak ikterik
- Pa : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak teraba nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan

3.8.2.2 Hidung

- I : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya sekrét, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung.
- Pa : Tidak ada teraba adanya pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-)

3.8.2.3 Telinga

- I : Telinga simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen, tidak tampak adanya pendarahan, tidak ada lesi di telinga Klien, tidak ada tanda-tanda infeksi di telinga Klien, Klien tidak menggunakan alat bantu dengar
- Pa : Tidak ada nyeri tekan di area telinga dan tidak ada nyeri tekan di telinga Klien.

3.8.2.4 Mulut

I : Bentuk mulut simetris, tidak ada lesi dan sariawan

Pa : Tidak ada pembengkakan pada gusi

3.8.2.5 Leher

I : Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan tiroid

Pa : Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe.

3.8.2.6 Thorak

a. Paru – paru

I : Bentuk dada simetris kiri dan kanan, warna kulit saos matang, tidak ada lesi di area dada Klien, frekuensi napas RR 20x/i.

Pa : Taktil fremitus getarannya sama kiri dan kanan, tidak teraba adanya massa dan benjolan.

Pe : Resonan seluruh lapang paru

Aus : Vesikuler

b. Jantung

I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri

Pa : Ictus cordis teraba

Pe : Dullness

Aus : Bunyi jantung 1 dan 2 dengan irama reguler (lup dup), tidak terdapat bunyi jantung tambahan murmur, gallop.

3.8.2.7 Abdomen

I : Terdapat luka post operasi di abdomen region inguinal dextra, luka tertutup verban dengan panjang \pm 8 cm

Pa : Adanya nyeri tekan di area perut bekas operasi di abdomen. tidak ada pembesaran splenomegali, turgor kulit baik.

Pe : Tympani

Aus : Bising usus 20x/menit

3.8.2.8 Genitourinaria

I : Tidak ada pembengkakan pembuluh limfa dan tidak ada hemoroid.

3.8.2.9 Ekstremitas

a. Ekstremitas Atas

Terpasang infus RL 24 TPM drip Tramadol 1 ampul pada tangan sebelah kiri Klien, pergerakan ekstremitas baik, capillary refil <3 detik, akral hangat

b. Ekstremitas Bawah

Kedua kaki Klien baik tidak ada odema, capillary refil <3 detik, tidak teraba adanya massa. Karena faktor pembiusan spinal sehingga klien merasakan kedua kakinya masih

terasa berat jika digerakan, dan terasa nyeri luka bekas operasi bila digerakan.

3.9 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tabel 3.2

Laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
19/12/2018	Hemoglobin	13,0	Gr/dl	12-16/13-18
	Leukosit	9.400	Sel/mm ³	5000-10.000
	LED 1jam	8	mm/jam	0-10 / 0-15
	Hitung jenis	0/1/0/84/11/4	%	0-1/1-3/2-6/50-70/20-40/2-8
	Hematokrit	38	%	38-43/40-48
	Trombosit	371.000	Sel/mm ³	150.000-400.000
	PT	15,7	Second	12 – 18
	APTI	24,0	Second	20 – 35

Kimia Klinik

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
19/12 2018	Gula darah Sewaktu	127	mg/dl	- 180
	Ureum	18	mg/dl	10 – 50
	Kreatini	0,8	Mg/dl	0,6 – 1,1
	SGOT	32	u/l	< 32 / < 38
	SGPT	26	u/l	< 31/ <41

RONTGEN

Dari hasil radiologi pada tanggal 19 desember 2019 didapatkan hasil bahwa terjadi ada benjolan diselangkangan sebelah kanan.

Tabel 3.3

Terapi Obat

Therapy obat tanggal 21 desember 2018

Nama obat dan dosis obat	Indikasi	Efek samping	Kontrak indikasi
IVFD 2 : 1 (28 TPM) 1. RL 2. Aminofluid	IVFD 2 : 1 (28 TPM) 1. RL Mengembalikan cairan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi 2. Pemberian Aminofluid (asam amino), air sebelum dan sesudah operasi dan elektrolit, pada individu dengan hipoproteinemia atau manutrisi ringan karena kurangnya oral suplay	IVFD 2 : 1 (28 TPM) 1. RL Panas, infeksi pada tempat penyuntikan, trombosis vena atau flebitis yang meluas dari tempat penyuntikan, ekstrasvasasi 2. Aminofluid Ruam kulit, nyeri dada, palpasi edema serebral, pulmoner dan perifer, hiperkalemia, asidosis, intoksikasi air, nyeri vaskuler, flebitis, menggigil, demam, rasa hangat, dan sakit kepala	IVFD 2 : 1 (28 TPM) 1. RL Hipernatremia, kelainan ginjal, kerusakan sel hati, laktat asidosis 2. Aminofluid a. Koma hepatic atau resiko koma hepatic, gangguan ginjal berat atau azotemia, gagal jantung kongestif, asidosis berat, b. Metabolisme elektrolit yg abnormal, iperkalemia, hiperfosfatemi, hipermagnesemia, c. penurunan jumlah pengeluaran urin meabolisme asam amino abnormal
IVFD RL drip Tramadol (28 TPM)	Diindikasikan untuk mengobati dan mencegah nyeri yang sedang hingga berat, seperti tersebut di bawah ini:	Sama seperti umumnya analgesik yang bekerja secara sentral, efek samping yang dapat terjadi:	Keracunan Sama seperti umumnya analgesik yang bekerja secara sentral, efek samping yang dapat terjadi: akut oleh alkohol,

	<p>a. Nyeri akut dan kronik yang berat.</p> <p>b. Nyeri pasca beda</p>	<p>a. obstipasi, lelah</p> <p>b. sedasi, pusing,</p> <p>c. pruritus</p> <p>d. berkeringat</p> <p>e. kulit kemerahan</p> <p>f. mulut kering dan sakit kepala.</p> <p>g. Meskipun tramadol berinteraksi dengan reseptor opioid sampai sekarang terbukti insidens ketergantungan setelah penggunaan tramadol, ringan.</p>	<p>hipnotik, analgesik atau obat-obat yang mempengaruhi SSP lainnya.</p> <p>a. Penderita yang mendapat pengobatan penghambat monoamin oksidase (MAO).</p> <p>b. Penderita yang hipersensitif terhadap tramadol oleh alkohol, hipnotik, analgesic atau obat-obat yang mempengaruhi SSP lainnya.</p> <p>c. Penderita yang mendapat pengobatan penghambat monoamin oksidase (MAO).</p> <p>d. Penderita yang hipersensitif terhadap tramadol</p>
<p>INJEKSI Cefoperazone 2 X 1</p>	<p>Ditujukan untuk pengobatan infeksi berikut, ketika disebabkan oleh organisme yang sensitif: Infeksi saluran pernapasan bawah dan atas, Infeksi saluran kemih bawah dan atas, cholangitis , Peritonitis, cholecystis dan infeksi intraabdomen lainnya. Infeksi jaringan lunak dan kulit</p>	<p>secara umum dapat ditoleransi dengan baik. Mayoritas efek samping yang terjadi bersifat ringan atau sedang dan dapat ditoleransi dengan melanjutkan pengobatan.</p>	<p>Kontra indikasi pada pasien yang alergi terhadap penicillin, cefoperazone, sulbactam, atau sefalosporin lainnya</p>

<p>INJEKSI Ketorolac 2 X 1 (30 mg)</p>	<p>Untuk penatalaksanaan nyeri akut yang berat jangka pendek (< 5 hari)</p>	<p>Ulkus, perdarahan saluran cerna dan perforasi, hemoragis pasca bedah, gagal ginjal akut, reaksi anafilaktoid, dan gagal hati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hipersnsitif thd <i>ketorolac tromethamine</i> dan pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya. - Pasien dengan atau yang mempunyai riwayat ulkus peptikum akut, perdarahan saluran cerna atau perforasi. - Penderita gangguan ginjal berat atau berisiko menderita gagal ginjal. - Tidak boleh diberikan secara intratekal atau epidural
--	--	---	---

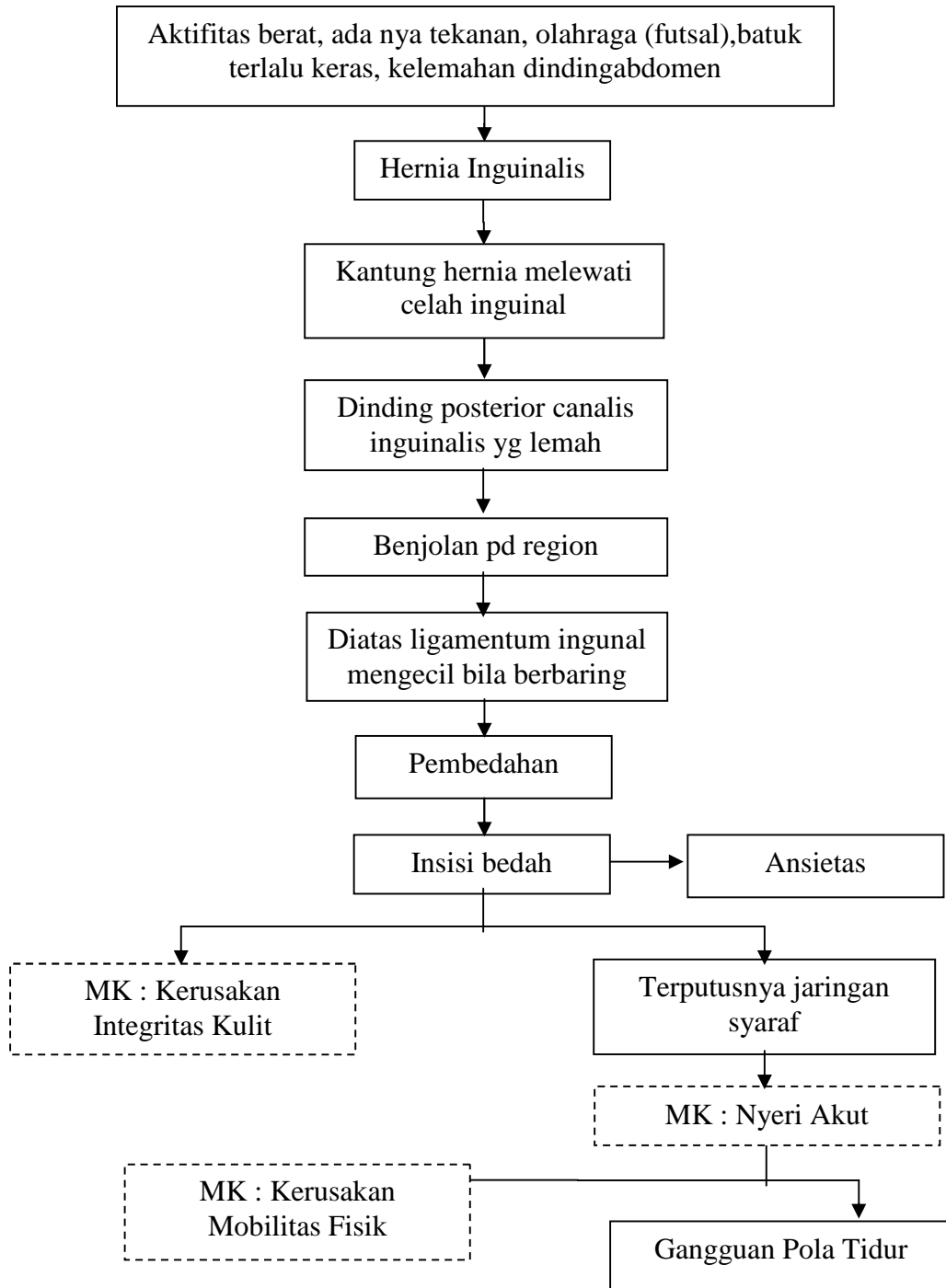
Therapy obat tanggal 23 Desember 2018

<p>Cefadroxil 3 X 1</p>	<p>Cefadroxil diberikan sebagai obat infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang sensitif seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infeksi saluran pernafasan : faringitis, tonsillitis, pneumonia, otitis media. - Infeksi jaringan lunak dan kulit - Infeksi saluran kemih dan kelamin. 	<p>Masalah saluran cerna, seperti diare, muntah, mual dan gejala kolitis pseudomembran. Reaksi hipersensitif, seperti ruam kulit, gatal-gatal dan reaksi anafilaksis. terdapat efek samping lain seperti neutropenia, vaginitis dan peningkatan transaminase.</p>	<p>Hipersensitif terhadap sefalosporin atau penisilin. Tidak boleh dikonsumsi untuk klien yang mempunyai riwayat reaksi hipersensitivitas pada Cefadroxil dan antibiotik golongan cephalosporin lainnya</p>
-----------------------------	--	---	---

	- Infeksi lain: osteomielitis dan septisemia.		
Asam Mefenamat 3 X 1	Tujuan pemberian Asam Mefenamat yaitu untuk menghilangkan nyeri kronik dan akut, ringan sampai sedang sehubungan dengan sakit gigi, sakit kepala, dismenore primer, termasuk nyeri karena trauma, nyeri otot, nyeri sendi, nyeri setelah operasi, dan nyeri pada persalinan.	Efek timbul bervariasi dari berat sampai ringan, tergantung reaksi tubuh seseorang. Efek samping asam mefenamat yang umum ditemui berupa nyeri telinga, nyeri perut, nyeri saat miksi, telinga berdenging, diare, <u>pusing</u> , mual, sulit tidur, nafsu makan menurun, dan kelelahan. darah, kejang, penurunan kesadaran, dan depresi. Namun, pada sebagian besar orang asam mefenamat tidak menimbulkan efek samping yang bermakna. Asam mefenamat tidak menimbulkan efek ketergantungan namun dapat menyebabkan alergi pada beberapa orang. Reaksi alergi berupa bengkak pada bibir at, u mata, gatal, bintik – bintik kulit.	Efek timbul bervariasi dari berat sampai ringan, tergantung reaksi tubuh seseorang. Efek samping asam mefenamat yang umum ditemui berupa nyeri telinga, nyeri perut, nyeri saat miksi, telinga berdenging, diare, <u>pusing</u> , mual, sulit tidur, n nafsu makan menurun, dan kelelahan. Efek samping yang lebih berat dapat terjadinya gangguan fungsi napas, gangguan ginjal, gangguan penglihatan, kejang, gangguan darah, penurunan kesadaran, dan depresi. Namun, pada sebagian besar orang asam mefenamat tidak menimbulkan efek samping yang serius. Obat ini tidak menyebabkan ketergantungan tapi dapat menyebabkan alergi pada

		beberapa orang. Reaksi alergi berupa gatal, bintik – bintik kulit, <u>bengkak</u> pada bibir atau mata, sampai <u>pingsan</u>	
--	--	--	--

3.9 WOC (Web Of Causa)



3.10 Data Fokus

Tabel 3.4
Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah lipatan paha setelah operasi, seperti di tusuk – tusuk, nyeri terasa lamanya (\pm 2 menit) - Klien mengatakan belum bisberaktifita/mobilisasi tanpa bantuan dari orang lain - Klien merasa takut dan cemas bila beraktivitas/mobilisasi dikarenakan luka operasi - Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi di daerah lipatan paha 	<ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis bila ada nyeri - Nyeri terjadi apabila Klien bergerak - Skala nyeri 6 - Terlihat bekas luka post op sepanjang \pm8 cm sebanyak 7 jahitan di abdomen kanan bawah klien, - Tampak disekitar kulit kemerah – merahan di daerah luka bekas operasi (jahitan) - Disekitar jahitan luka tampak masih kemerahan - TD : 120/80mmHg - Klien tampak lemah - Klien selalu dibantu dalam melakukan suatu aktifitas/mobilitas - Klien merasa takut dan cemas untuk beraktivitas/mobilisasi dikarena luka operasi.

3.11 Analisa Data

Tabel 3.5
Analisa Data

Hari/ Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
Jumat 21-12- 2018 12.30 wib	Post Op Data subjektif : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah lipatan paha setelah operasi, seperti di tusuk – tusuk, Skala nyeri 6 (nyeri sedang), nyeri terasa lamanya (\pm 2 menit) Data objektif : <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien tampak meringis bila ada nyeri - Klien mengatakan nyeri pada 	Terputusnya kontuinitas jaringan kulit padapost op Menstimulasi saraf nyeri Menimbulkan rasa nyeri.	Nyeri akut berhubungan dengan diskontuinitas jaringan akibat tindakan operasi

	<p>saat bergerak.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat bekas luka post op sepanjang + 8 cm sebanyak di abdomen kanan bawah klien 		
<p>Jumat 21-12- 2018 15.30 wib</p>	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah. - klien mengatakan selalu dibantu dalam beraktifitas. - Klien mengatakan kurang dapat beraktifitas dan mobilisasi - Klien merasa takut dan cemas untuk beraktifitas dikarenakan luka operasi. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu dibantu dalam melakukan suatu aktifitas, - Klien mengeluh tidak dapat mobilisasi dan beraktifitas - Klien tampak masih takut dan cemas dalam mobilisasi dan beraktifitas seperti merubah posisi. 	<p>nyeri luka operasi</p> <p>Memicu terjadinya intoleransi aktifitas</p> <p>Terhadap respon tubuh</p>	<p>kerusakan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri</p>
<p>Jumat 21-12- 2018 16.30 wib</p>	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat luka bekas operasi di daerah lipatan paha. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka jahitan post op sepanjang ± 8cm sebanyak 7 jahitan di sebelah kanan dekat lipatan paha. - Tampak disekitar kulit kemerahan – merahan di daerah luka bekas operasi (jahitan). - Disekitar jahitan luka tampak kemerahan 	<p>Luka operasi</p>	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi</p>

3.12 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan bahwa diagnosa yang muncul pada Klien Tn. H yaitu :

- 3.12.1 Nyeri Akut berhubungan dengan Diskontinuitas Jaringan akibat tindakan Operasi
- 3.12.2 Kerusakan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri
- 3.12.3 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka Operasi.

3.13 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6

Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	<p>Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasis</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pain Level (Tingkat nyeri) b. Pain control (Kontrol nyeri) c. Comfort level (Tingkat kenyamanan) <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri pada klien berkurang atau hilang dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 	<p>Pain Management</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi b. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan c. Ajarkan tentang teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri d. Berikan analgetik untuk mengurangi e. Pantau tanda tanda vital. <p>Analgesic Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi c. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

		<p>c. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>d. Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>d. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat</p>
2.	<p>Kerusakan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>NOC :</p> <p>a. Joint movement : Active (Gerakan bersama : aktif)</p> <p>b. Mobility level (Tingkat mobilitas)</p> <p>c. Self care: ADLs (Perawatan diri)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hambatan mobilitas fisik teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Klien meningkat dalam aktifitas fisik seperti biasanya.</p> <p>b. Mengerti dari tujuan peningkatan aktifitas</p>	<p>Exercise therapy : ambulation</p> <p>a. Memantau tanda tanda vitalsesudah latihan dan lihat respon klien saat latihanKaji kemampuan klien dalam braktifitas</p> <p>b. Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>c. Dampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan klien.</p> <p>d. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p>
3	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi</p>	<p>NOC :</p> <p>a. Tissue integrity</p> <p>b. Mucis membranes</p> <p>c. Hemodyalis akses</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p>	<p>Pressure Management</p> <p>a. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>b. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</p> <p>c. Monitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>d. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>e. Monitor status nutrisi pasien</p>

		<p>masalah resiko infeksi teratasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan b. Tidak ada luka/lesi pada kulit c. Perfusi jaringan baik d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera ulang e. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami. 	<ul style="list-style-type: none"> f. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <p>Insision site care</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau strapless b. Monitor proses kesembuhan area insisi c. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi d. Bersihkan area sekitar jahitan atau staples, menggunakan lidi kapas steril
--	--	--	---

3.14 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.7
Implementasi Keperawatan

DIAGNOSA	Hari/tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi	Post Operasi Hari ke-1 Jumat 21-12-2018 08.00 wib	a. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Hasil: klien mengatakan nyeri pada luka operasi seperti ditusuk tusuk.	<p>Jam 17.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada daerah lipatan paha, seperti di tusuk – tusuk, skala nyeri 6, nyeri terasa lamanya (\pm 2 menit) dengan interval 5 menit sekali</p> <p>b. Nyeri dirasakan saat bergerak atau perubahan posisi</p> <p>O :</p> <p>a. Nyeri mengganggu aktivitas klien</p> <p>b. Klien tampak meringis</p> <p>c. Skala nyeri 6</p> <p>d. TD 120/70 mmhg, N 80 x/ menit, RR 20x/menit, S 36,8 °c.</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>a. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, ,, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang dapat</p>	
	10.00 wib	b. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. Hasil: Ruangan tampak aman, pengunjung jengguk secara bergantian dan yang menunggu hanya satu orang.		
	11.30 wib	c. Mengajarkan tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dengan cara tarik nafas. Hasil: klien dapat mempragakan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas dalam melalui mulut dikeluarkan melalui hidung .		
	13.00 wib	d. Memberikan obat analgetik yaitu ketrolak 1 ampul(30 mg) untuk mengurangi nyeri. Hasil: injeksi ketrolac 30 mg sudah diberikan melalui IVFD		
	17.00 wib	e. Memantau tanda tanda vital. Hasil: TD 120/70 mmhg, N 80 x/ menit, RR 20x/menit, S 36,8 °c		

			<p>mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>c. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>d. Pantau tanda tanda vital.</p>	
<p>Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Post Operasi Hari ke-1 Jumat 21-12-2018 08.15 wib 10.00 wib 12.00 wib 15.00 WIB 17.00 WIB</p>	<p>a. Memantau tanda tanda vital sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan. Hasil: TD 120/70 MmHg, Nadi 80 x/menit, Suhu 36.5^oC ,RR 20 x/menit</p> <p>b. Mengkaji kemampuan klien dalam beraktifitas dan membantu klien untuk bergerak, merubah posisi Hasil: klien belum mampu beraktifitas tanpa bantuan keluarga dan perawat</p> <p>c. Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas secara mandiri sesuai kemampuan secara bertahap dengan cara miring kiri dan miring kanan Hasil: aktifitas dan mobilisasi masih dibantu oleh perawat</p> <p>d. Mendampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dari posisi tidur ke posisi setengah duduk/semi powler Hasil: keluarga dan perawat terlibat dalam membantu mobilisasi klien</p> <p>e. Menganjurkan klien bagaimana cara merubah posisi dengan kemampuan sendiri dan berikan</p>	<p>Jam 17.00 WIB</p> <p>a. Klien mengatakan belum bisa beraktifitas tanpa bantuan dari orang lain</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih dibantu dalam melakukan suatu aktifitas, b. Klien mengeluh kurang dapat beraktifitas karena kelemahan fisik dan nyeri,</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah kerusakan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>a. Kaji kemampuan klien dalam beraktifitas b. Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas c. Dampingi dan bantu klien saat mobilisasi</p>	

		<p>bantuan jika diperlukan. Hasil: klien dalam mengatur posisi masih dibantu keluarga dan perawat.</p>	<p>d.Anjurkam klien bagaimana merubah posisi dengan kemampuan sendiri.</p>
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi</p>	<p>Post Operasi Hari ke-1 Jumat, 21-12-2018 08.00 wib</p>	<p>a. Memastikan tehnik perawatan luka yang tepat yaitu dengan cara jaga teknik sterilisasi pada daerah luka Hasil: cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</p>	<p>Jam 16.00 wib S : O : a. Tampak ada luka bekas operasisepanjang ± 8cm sebanyak 7 jahitan di sebelah kanan dekat lipatan paha. b. Keadaan kassa tampakbersih c. Tampak disekitar kulit ada kemerah – merahan di daerah luka bekas operasi A : a. Masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan a. Pastikan perawatan luka yang tepat b. Ajarkan klien dan kluarga cara mencegah terjadinya infeksi c. Monitor kulit adanya kemerahan merahan d. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjungdan setelah berkunjung e. Tingkatkan intake nutrisi f. Berikan antibiotic untuk melawan</p>
	<p>10.00 wib</p>	<p>b. Mengajarkan klien dan keluarga cara pencegahan infeksiyaitu Hasil:klien mengerti tentang pencegahan infeksi</p>	
	<p>11.30 wib</p>	<p>c. Memonitor kulit akan adanya kemerahan Hasil: tidak ada perubahan warna kulit</p>	
	<p>13.00 wib</p>	<p>d. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan klien dan perawat langsung mempraktekan cara cuci tangan yang benar dengan pasien,keluarga,dan pengujung yang datang Hasil: klien,keluarga,dan pengujung sudah bisa mempraktekan 6 langkah cuci tangan tetapi hasil belum optimal, dan ini dilakukan Untuk mempertahankan tehnik aseptic</p>	
	<p>14.00 wib</p>	<p>e. Menganjurkan intake nutrisi dengan cara banyak makan makanan yang mengandung protein dan vitamin seperti telur, ikan gabus dan jeruk, agar dapat mempercepat penyembuhan pada luka.</p>	

		<p>Hasil: klien maumakan telur 1 butir sehari, buah jeruk 1 biji sehari dan klien makan nasi lunak habis 1 porsi.</p> <p>f. Memberikan terapi antibiotic yaitu cefaperazone 1 gr untuk melawan terjadinya infeksi</p> <p>Hasil injeksi cefoperazone 1 gram sudah diberikan melalui IVFD.</p>	terjadinya infeksi	
--	--	--	--------------------	--

DIAGNOSA	Hari/tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
<p>Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi</p>	<p>Post Operasi Hari ke-2 Sabtu, 22.12.2018 08.00 wib</p>	<p>a. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi Hasil:klien mengatakan nyeri luka operasi masih terasa ditusuk tusuk.</p>	<p>Jam 17.00 WIB S :</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri pada daerah lipatan paha setelah operasi, seperti di tusuk – tusuk, Skala nyeri 5 (nyeri sedang), lamanya nyeri± 1,5 menit Dengan interval (± 15 menit) sekali</p> <p>b. Nyeri masih dirasakan saat bergerak dengan berubah posisi</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak rileks b. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang c. Terlihat bekas luka post op sepanjang + 8cm sebanyak di abdomen bawah klien, kondisi luka kering dan bersih. TD 110/70 mmhg, N 78 x/</p>	<p>Febriza</p>
	11.00 wib	<p>b. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. Hasil: Ruang tampak aman, pengunjung jenguk secara bergantian dan yang nunggu hanya satu orang.</p>		
	15.00 wib	<p>c. Mengajarkan tentang teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dengan cara tarik nafas. Hasil: klien dapat mempragakan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas dalam melalui mulut dikeluarkan melalui hidung .</p>		
	17.00 wib	<p>d. Memberikan obat analgetik yaitu injeksi ketorolac 2x30mg untuk mengurangi nyeri Hasil: injeksi ketrolac 30 mg sudah diberikan</p>		

		<p>melalui IVFD</p> <p>e. Memantau tanda tanda vital . Hasil; TD 110/70 mmhg, N 78 x/ menit,RR 20x/menit,S 37,0 °c</p>	<p>menit,RR 20x/menit,S 37,0 °c</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Implementasi dilanjutkan</p> <p>a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>b. Melanjutkan terapi dari dokter.</p> <p>c. Pantau tanda vital</p>	
<p>kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Post Operasi Hari ke-2 Sabtu 21-12-2018 08.00 wib 10.00 wib 12.00 wib 15.10 wib 17.05 wib</p>	<p>a. Monitoring vital sign sesudah latihandan lihat respon klien saat latihan. Hasil: TD 120/70 Mmhg, N 82 x/menit, Suhu 36. °C ,RR 20 x/menit</p> <p>b. Mengkaji kemampuan klien dalam beraktifitas Hasil: klien sudah bisa meiring kanan kiri dan duduk tanpa bantuan keluarga</p> <p>c. Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas secara mandiri sesuai kemampuan Hasil: aktifitas dan mobilisasi sudah bisa secara perlahan.</p> <p>d. Mendampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan Hasil: klien sudah melatih jalan secara bertahap</p> <p>e. Menganjurkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.</p>	<p>Jam 17.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan mulai bisa miring-kanan miring kiri dan duduk tanpa bantuan keluarga</p> <p>b. Kien mengatakan sudah latihan berjalan secara bertahap.</p> <p>c. Klien mengatakan sudah mulaimampu merubah posisi secara perlahan</p> <p>O :</p> <p>a. Klien masih dalam pengawasan keluargadalam melakukan aktifitas</p> <p>b. Klien masih dibantu dalam melakukan suatu aktivitas</p> <p>c. Klien tampak sudah mulai duduk dan berjalan secara bertahap</p>	<p>Febriza</p>

		<p>Hasil: klien dalam mengatur posisi tanpa dibantu keluarga dan perawat.</p>	<p>d. Klien tampak sudah bisa merubah posisi sendiri secara perlahan</p> <p>A : Masalah kerusakan mobilitas fisik sebagian teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>a. Monitor tanda vital setelah latihan aktivitas</p> <p>b. Kaji kemampuan klien dalam beraktivitas</p> <p>c. Dampingi dan bantu klien saat mobilisasi atau beraktivitas</p>	
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi</p>	<p>Post Operasi Hari ke-2 Sabtu 21-12-2018</p> <p>08.00 wib</p> <p>10.00 wib</p> <p>12.00 wib</p> <p>15.10 wib</p>	<p>a. Memastikan tehnik perawatan luka yang tepat Hasil: luka post op ± sebanyak 7 jahitan.</p> <p>b. Mengajarkan pasien dan keluarga bagai mencegah terjadinya infeksi Hasil:tampak kasa balutan kotor</p> <p>c. Menginstruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan klien Hasil:untuk mempertahankan tehnik aseptik</p> <p>d. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan Hasil: agar tidak terjadi infeksi naso komial</p> <p>e. Menganjurkan intake nutrisi dengan cara banyak makan makanan yang mengandung protein dan vitamin seperti telur, ikan gabus dan jeruk, agar</p>	<p>Jam 15.00 wib</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <p>a. Disekitar kulit tampak kemerahan merah di daerah luka bekas operasi</p> <p>b. Luka tampak bersih dan kering tidak ada pus</p> <p>c. Kasa tampak bersih</p> <p>d. Ganti perban sudah dilakukan</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah kerusakan integritas kulit tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

	17.00 wib	<p>dapat mempercepat penyembuhan pada luka. Hasil: klien maumakan telur 2 butir sehari, buah jeruk 2-3 biji sehari dan klien makan nasi lunak habis 1 porsi.</p> <p>f. Memberikan terapi antibiotic yaitu cefaperazone 1 gr untuk melawan terjadinya infeksi Hasil injeksi cefoperazone 1 gram sudah diberikan melalui IVFD.</p>	<p>a. Ajarkan pasien dan keluarga bagai mencegah terjadinya infeksi b. Tingkatkan intake nutrisi c. Berikan terapi antibiotik</p>	
--	-----------	--	---	--

DIAGNOSA	Hari/tanggal/jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi	Post perasi Hari ke-3 minggu 23-12-2018 08.30 wib 12.00 wib	<p>a. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi Hasil:klien mengatakan nyeri luka operasi sudah berkurang</p> <p>b. Mengkolaborasi pemberian Therapy pulang. Hasil: Asam mefenamat 3x500 mg</p> <p>c. Memantau tanda tanda vital dalam batas normal Hasil: T/D: 110/70 mmhg N: 80 x/menit S: 36,3^oc RR: 20 x/menit</p>	<p>Jam 12.00 WIB S : a. Klien mengatakan nyeri pada daerah lipatan paha setelah operasi, seperti di tusuk – tusuk sudah berkurang, Skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri terasa hilang timbul selama ½ menit dengan interval (± 30 menit) sekali b. Nyeri saat bergerak sudah mulai berkurang</p> <p>O : a. Klien tampak rileks b. Klien mengatakan nyeri sudah tidak mengganggu lagi dengan skala nyeri 2 (nyeri ringan) c. Terlihat bekas luka post op sepanjang + 8cm sebanyak 7 jahitan</p>	Febriza

			<p>di abdomen kanan bawah klien, kondisi luka kering dan bersih tidak ada pus/nanah</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah nyeri teratasi</p> <p>P :</p> <p>a. Intervensi dihentikan, klien pulang</p>	
<p>Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Post operasi Hari ke-3 Minggu, 23-12-2018 08.30 wib 10.00 wib 11.55Ib</p>	<p>a. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan Hasil: Klien tampak tenang TD 110/70 N: 78 x/menit S: 37^oC RR: 20 x/menit</p> <p>b. Mengkaji kemampuan klien dalam beraktifitas Hasil: klien sudah bisa meiring kanan kiri dan duduk tanpa bantuan keluarga</p> <p>c. Mendampingi dan Bantu klien saat mobilisasi Hasil: Klien mampu mobilisasi tanpa bantuan perawat dan keluarga.</p>	<p>Jam 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri</p> <p>O :</p> <p>a. Klien sudah tampak berjalan dan ke kamar mandi sendiri</p> <p>A :</p> <p>a. Masalah kerusakan mobilitas fisik sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>a. Intervensi dihentikan, klien pulang b.</p>	<p>Febriza</p>
<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi</p>	<p>Post operasi Hari ke-3 Minggu, 23-12-2018 10.00 wib 11.00 wib</p>	<p>a. Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana mencegah terjadinya infeksi Hasil: ganti perban sudah dilakukan, kasa tampak bersih.</p> <p>b. Meningkatkan intake nutrisi Hasil: klien makan buah jeruk 1 biji, klien makan nasi bubur habis 1 porsi, dan segelas tomat</p> <p>c. Memberikan terapi antibiotik bila perlu</p>	<p>Jam 12.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <p>a. Luka tampak bersih b. Luka kering dan tidak ada pus c. Sekitar jahitan luka tidak tampak merah d. Ganti perban sudah dilakukan</p>	

		Hasil: pemberian obat oral cefadroxil 2x1 tablet.	e. Tanda tanda infeksi tidak ada merah A : a. Masalah kerusakan integritas kulit tidak terjadi. P : a. Intervensi dihentikan klien pulang	
--	--	---	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis masalah keperawatan dengan konsep terkait KKMP dan Konsep kasus terkait

Asuhan keperawatan pada Tn. H dengan diagnosa post operasi Hernia Inguinalis dextra, dilakukan sejak tanggal 21- 23 desember 2018. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 19 desember 2018 dari poli bedah sebelumnya .pukul. 10.45 Wib, pada saat Pengkajian Tanggal 21 Desember 2018 keluhan utam aklien mengatakan ada nyeri bekas operasi dibagian abdomen bawah kanan.

Masalah keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi. Dari hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan nyeri pada luka operasi, klien mengeluh seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (sedang), klien tampak meringis bila ada nyeri ,klien mengatakan nyeri saat bergerak, Terlihat bekas luka post op sepanjang \pm 8 cm sebanyak 7 jahitan di perut kanan bawah klien. Dari masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan nyeri akut penulis tertarik melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dan dikeluarkan melalui hidung untuk mengalihkan perasaan nyeri klien. Menurut jurnal (jamaludin dkk, 2014)

Hernia adalah terjadinya dan muncul nya diantara tonjolan dilipatan paha atau skrotum. orang awam biasanya mengatakan hernia atau turun bero. Hernia inguinalis disebabkan karena dinding perut meningkat sehingga usus melewati ke bawah melalui lobang. (Nurarif&kusuma, 2016)

Dari kasus post op hernia biasanya muncul masalah nyeri. Jaringan saraf rusak diakibatkan luka jaringan, jadi terbentuk enzim kimia seperti serotonin, enzim proteolitik dan Bradikinin,. Kemudian enzim itu merusak merangsang ujung saraf reseptor nyeri

dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden dan rangsangan tersebut . Sedangkan di bagian nyeri akan dilakukan untuk individu merasakan nyeri. Selain diberikan ke hypothalamus nyeri sudah berkurang stimulasi pada reseptor mekanis sensitive pada termosensitif dapat juga menjadikan atau merasakan nyeri.

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Teknik relaksasi dan merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanganan nyeri, relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi efektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Pemberian analgetik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa. Jika dengan manajemen nyeri non farmakologi belum juga berkurang atau hilang maka berubah lah diberikan analgetik.

Masalah keperawatan kedua yaitu kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Klien mengatakan kurang dapat beraktifitas/mobilisasi, klien mengatakan aktifitas/mobilisasi selalu dibantu dan klien mengatakan takut dan cemas bila beraktifitas/mobilisasi seperti merubah posisi dikarenakan luka operasi. Kerusakan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.

Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah serta optimalnya fungsi pernafasan. Mobilisasi ini akan mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga juga mengurangi nyeri, menjamin kelancaran peredaran darah , memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, mengembalikan kerja fisiologis organ organ vital yang akhirnya justru akan mempercepat penyembuhan luka hal ini sesuai dengan jurnal(Gusty R, 2013). Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan

untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat., mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi (mubarak,2008). Mobilisasi adalah suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak saja kehilangan kemampuan gerakanya secara total tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya. (mubarak, 2008) penyebabnya mobilisasi dapat disebabkan oleh trauma, kondisi patologis, beberapa penyakit yang berisiko menyebabkan stroke seperti hipertensi, DM, Arteriosklerosis, embolis, serta kontak antara bagian tubuh dengan sumber panas ekstrim.

Masalah keperawatan ketiga adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi. Keluhan utama klien mengatakan terdapat luka bekas operasi di daerah lipatan paha. Terlihat bekas luka post op sepanjang ± 8 cm sebanyak 7 jahitan di abdomen kanan bawah klien, keadaan tampak disekitar kulit kemerahan dan disekitar jahitan luka tampak merah. Kerusakan integritas kulit adalah perubahan atau gangguan pada epidermis ataupun dermis. Kerusakan jaringan lunak akan mengakibatkan kerusakan integritas kulit. Kulit adalah organ tubuh terluas yang menutupi otot dan mempunyai fungsi sebagai pelindung tubuh dan berbagai trauma ataupun masuknya bakteri, kulit juga mempunyai fungsi utama reseptor yaitu untuk mengindera suhu, perasaan nyeri, sentuhan ringan dan tekanan, pada bagian stratum korneum mempunyai kemampuan menyerap air sehingga dengan demikian mencegah kehilangan air serta elektrolit yang berlebihan dan mempertahankan kelembaban dalam jaringan subkutan.

Tubuh secara terus menerus akan menghasilkan panas sebagai hasil metabolisme makanan yang memproduksi energi, panas ini akan hilang melalui kulit, selain itu kulit yang terpapar sinar ultraviolet dapat mengubah substansi yang diperlukan untuk mensintesis vitamin D.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Jamaludin dkk (2014) tentang teknik relaksasi terhadap penurunan Skala Nyeri pada pasien Hernia Inguinalis Di RSUD Provinsi Kudus

dapat dilihat perbandingan teknik relaksasi tarik nafas dalam dapat mengurangi skala nyeri pada pasien hernia. Dan menurut penelitian Gusty P (2013) tentang pengaruh mobilisasi dini pasien pasca operasi dapat mempercepat penyembuhan atau pemulihan luka pasca operasi.

4.2 Analisis Intervensi Inovasi dengan konsep dan penelitian terkait

Peningkatan angka kejadian Hernia Inguinalis di Indonesia khususnya provinsi Jambi bisa disebabkan karena ilmu pengetahuan dan teknologi, maka permasalahan manusia pun semakin kompleks salah satunya kebutuhan ekonomi yang semakin mendesak. Hal itu menyebabkan usaha yang ekstra, sehingga kerja tubuh berat yang dapat menimbulkan kelelahan dan kelemahan dari berbagai organ tubuh. Penyebab penyakit hernia yaitu dengan bekerja berat untuk memenuhi kebutuhannya seperti mengangkat beban berat, biasa mengonsumsi makanan kurang serat, *pyang* menyebabkan konstipasi sehingga mendorong mengejan saat defekasi. (Dinas Kesehatan, 2016).

Kondisi yang menyebabkan ketidaknyamanan klien salah satunya adalah nyeri.

Tindakan pembedahan merupakan salah satu pilihan untuk mengatasi masalah penyakit atau kesehatan pada praktik kedokteran modern. Luka akibat pembedahan pada umumnya berukuran besar dan dalam, sehingga membutuhkan waktu penyembuhan yang lama (Priharjo.,1992). Teknik Tarik nafas dalam akan mengurangi rasa nyeri. Dari kasus post op hernia biasanya muncul masalah nyeri. Saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik.

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan di bidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Teknik relaksasi dan merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanganan nyeri, relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi efektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Pemberian analgetik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat mengaburkan diagnosa. Jika dengan manajemen nyeri non farmakologi belum juga berkurang atau hilang maka berubahlah diberikan analgetik.

4.3 Alternatif pemecahan yang dapat dilakukan

Kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat, akan *meminimalkan* masalah keperawatan yang timbul pada pasien Hernia inguinalis. Sosialisasi oleh perawat tentang terapi penurunan skala nyeri sangat diperlukan karena berhubungan dengan kenyamanan pasien, sehingga dapat diterapkan oleh perawat secara langsung kepada pasien untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang lebih efektif dan efisien.

Pasien memiliki peranan penting untuk melakukan perawatan mandiri (self care) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang dirumah sakit (Barnason, Zimmerman, & Young, 2012). Peranan keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan terapi, Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.

Alternatif lain adalah dengan menambahkan waktu 3 kali sehari selama 15-20 menit saat melakukan teknik nafas dalam dan mengajarkan keluarga masalah proses penyakit dan terapi yang dilakukan di rumah sakit dalam hal ini terapi teknik relaksasi nafas dalam. Perawat telah mengajarkan langkah-langkah melakukan terapi tersebut didepan keluarga agar keluarga mengetahui dengan jelas tujuan dan cara melakukannya. Selain itu juga

memberikan protap tindakan kepada keluarga untuk bisa dibawa pulang sebagai acuan dalam melakukan latihan mandiri dirumah dan didampingi oleh keluarga. Keluarga menjadi salah satu bagian penting dalam pemulihan pasien post operasi hernia

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Konsep hernia inguinalis

Kata *hernia* pada hakekatnya berarti “penonjolan suatu peritoneum, suatu organ atau lemak praperitoneum melalui cacat congenital atau akuisita dalam parietas muskulo aponeurotik dinding abdomen, yang normalnya tak dapat dilewati” (Sabiston, 1997: 228). Sedangkan pengertian *hernia* menurut Sjamsuhidajat (1997: 700) *hernia* merupakan protusi atau tonjolan isiorgan, melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga yang, bersangkutan.

5.1.2 Asuhan Keperawatan Klien Dengan Hernia Inguinalis

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan penulis pada hari jumat tanggal 21 desember pukul 09.00 WIB didapatkan adanya perbedaan antara konsep teoritis dan kenyataan kasus yang ditemukan di lapangan. Tetapi perbedaan tersebut tidak terlalu banyak ditemukan, dan perbedaan tersebut dapat menjadi ilmu tambahan pada penulis. Sesuai dengan data subjektif dan data objektif yang telah ditemukan pada klien maka didapatkan 3 diagnosa keperawatan post op, yaitu :

Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari terhitung mulai hari jumat pada tanggal 21 desember 2018 pada pukul 08 sampai 17.00 WIB sampai dengan tanggal 23 desember 2018 pada pukul 12.30 WIB maka diagnose Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi dapat teratasi selama 5 hari rawatan dimulai dari awal pasien masuk pada hari kamis hingga minggu pasien pulang yaitu pada tanggal 23 desember 2018 dengan hasil klien mengatakan nyeri telah berkurang pada daerah lipatan paha sebelah kiri setelah operasi, masih seperti di sayat-sayat, Skalanya 2-3 (nyeriringan), nyeri terasa apabila pasien bergerak dengan interval $\pm 15-30$ detik. Untuk diagnose Nyeri akut

berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan operasi dapat teratasi pada hari minggu tanggal 23 desember 2018 dengan hasil klien mengatakan nyeri sudah berkurang klien tampak tenang. Untuk diagnose keperawatan kerusakan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri dapat teratasi karena pasien sudah mulai melakukan mobilisasi seperti berjalan-jalan disekitar ruang rawat dan diagnose keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka operasi dapat teratasi dengan hasil tidak tampak kemerahan pada area sekitar luka, tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi, tidak tampak pengeluaran cairan pada area bekas jahitan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa semua diagnose keperawatan yang ditemukan pada klien semuanya dapat teratasi

5.1.2 Penerapan Jurnal Pada Klien Dengan Hernia Inguinalis

Untuk jurnal Manajemen Nyeri dengan Menggunakan Teknik relaksasi Pada Pasien Post Herniorapi pada Hari ke 1 penulis kemudian melakukan intervensi teknik relaksasi selama 3 hari pada pasien herniorapi mengalami perbaikan, secara bertahap yaitu pada hari pertama skala nyeri 6 sedang kan pada hari ketiga post operasi skala nyeri 2, dan waktu merasakan sewaktu waktu. Meskipun demikian setelah dilakukan manajemen teknik relaksasi nafas dalam,menunjukkan keberhasilan walaupun secara bertahap.Intervensi ini dilakukan penulis pada hari Jumat- minggu tanggal 21-23 desember 2018.

Sedangkan untuk jurnal Pengaruh Mobilisasi Dini Pasien Pasca Operasi Abdomen Terhadap Penyembuhan Luka dan Fungsi Abdomen penulis kemudian melakukan intervensi Intervensi ini dilakukan penulis pada Hari Jumat tanggal 21 – 23 desember 2018 pada setiap shif pagi di ruangan pasien. Penulis memberikan pendidikan kesehatan mobilisasi dini dan membantu melakukan mobilisasi pada

Tn.H selama 25-30 menit. Sesudah melakukan intervensi, Tn.H sudah bisa melakukan mobilisasi secara bertahap, luka *post op* Tn.H tidak tampak tanda-tanda infeksi, fungsi pernapasan klien dalam batas normal dan Tn.H pulang padahari ke5.

5.2 Saran

Dengan selesainya dilakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Hernia Inguinalis, diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada :

5.2.1 Klien Dan Keluarga

Diharapkan klien hendaknya tidak melakukan kegiatan yang menguras tenaga atau kegiatan yang dapat meningkatkan tekanan intra abdomen, dalam jangka waktu 1-2 bulan tidak mengangkat benda yang berat, serta menjaga kekambuhan pasca pembedahan serta Kepada keluarga hendaknya selalu memantau dan mengingatkan pasien minum obat pasien di rumah, tidak membebani pasien dengan pekerjaan yang menguras tenaga, membatasi pasien untuk bekerja seperti mengangkat beban berat dan selalu mengingatkan klien agar tidak melakukan pekerjaan berat agar pasien kekambuhan penyakit yang sama seperti sebelumnya dan tidak memperparah keadaan yang sekarang.

5.2.2 Bagi Pembaca

Kepada pembaca agar mau memberikan kritik dan sarannya untuk masa yang akan datang agar penulis dapat lebih baik lagi kedepannya untuk menambah wawasan dan pendalaman materi mengenai hernia -Pinguinalis.

5.2.3 Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi bagi ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan klien dengan hernia inguinalis sehingga apabila ada mahasiswa yang ingin melakukan asuhan keperawatan pada pasien

dengan masalah yang sama dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai bahan kajian dan rujukan dalam melakukan penelitian sejenis

5.2.4 Bagi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan prosedur kerja profesi, dalam melakukan pelayanan kesehatan terhadap pemenuhan kebutuhan pasien secara profesional sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan ketrampilan dalam menggunakan kemajuan teknologi yang sesuai dengan standar yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Gusty RP.2011 jurnal Pengaruh mobilisasi dini pasien pasca operasi abdomen terhadap penyembuhan luka dan fungsi pernafasan.proram ilmu keperawatan FK UNAND
- Jamaludin. 2014.Jurnal Manajemen Nyeri Menggunakan Teknik Relaksasi Padda Pasien post hernioprapi Hari ke 1 di Ruang Cempaka III RSUD Kudus. Kudus : Akper Krida Husada Kudus.
- Kementerian Kesehatan.2016. <http://www.depkes.go.id>. Diakses pada tanggal 02 januari 2017. Jakarta.
- Kristiyawati, Sri. 2013.jurnal Efektifitas Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing dan Nafas Dalam terhadap penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi. Semarang : STIKes Telogorejo.
- Kurniawan A dkk. 2013. Jurnal Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pre Operasi terhadap tingkat kecemasan pada Pasien Pre hernia di RSUD KUDUs Semarang. Semarang : Fikkes universitas muhamadiyah semarang
- Masjoer A dkk,kapita selekta kedokteran jilid 2 2003,media Aesculapius:Jakarta
- Medical Record, 2019 RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- Nurarif, dkk. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis jilid 1 . Jogjakarta : Mediaciton
- Sabiston 2002, buku ajar bedah bagian 2, penerbitan buku kedokteran .jakarta EGC
- Sugiarto dkk. (2002). Anatomi klinik untuk mahasiswa kedokteran , edisi 6 vol. Jakarta : EGC.
- A dkk,kapita selekta kedokteran jilid 2 2003,media Aesculapius:Jakarta

MANAJEMEN NYERI DENGAN MENGGUNAKAN TEKNIK RELAKSASI PADA PASIEN POST HERNIORAPI HARI KE 1 DI RUANG CEMPAKA III

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS

Oleh

Jamaludin¹⁾, M.Arif²⁾, dan S.Yusra¹⁾

a. *Dosen Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus*

3. *Alumni Akademi Keperawatan Krida Husada, Kudus*

ABSTRAK

Berdasarkan pengelolaan yang dilakukan pada pasien Tn.S, penulis menyimpulkan bahwa ada beberapa penatalaksanaan untuk mengatasi nyeri pada pasien Tn.S dengan luka post operasi yaitu menggunakan teknik *relaksasi*. Teknik *relaksasi* untuk mengatasi nyeri dengan skala 7 pada pasien Tn S. K sangat efektif karena dibuktikan pada periode *relaksasi* (nafas dalam) yang teratur dapat membantu untuk melawan keletihan dan dengan merelaksasikan otot-otot *skelet* yang mengalami *spasme* yang disebabkan oleh peningkatan *prostaglandin* sehingga terjadi *vasodilatasi* pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami *spasme* dan *iskemic* yang terjadi pada nyeri dan dengan Relaksasi melibatkan sistem otot dan respirasi sehingga tidak membutuhkan alat lain dan mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi system saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal individu. Selain menggunakan teknik relaksasi nafas dalam penulis juga menggunakan pemberian analgetik untuk mengatasi rasa nyeri yang dirasakan klien.

Kata kunci: teknik relaksasi, skala nyeri, pasien post operasi

PENDAHULUAN

Hernia inguinalis lateralis adalah hernia yang malalui annulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluarinya ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus.¹

Jenis jenis hernia ada 3 yaitu *Reducible Hernia* adalah jika heria ini masih dapat dikembalikan ke isinya. *Hernia incarcerata* adalah selalu terisi dan tidak dapat dikosongkan kembali. *Hernia Strangulata* adalah mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapatkan darah akibat pembuluh pemasokannya terjepit. Nekrosis usus menimbulkan gejala obtruksi klinis. Pada bayi dapat terjadi hernia umbilikus. Dan adapun hernia menurut tempatnya yaitu *hernia Inguinalis*, *Hernia femoralis*, heria rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuklah zat-zat kimia seperti Bradikinin, serotonin dan enzim proteolitik. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan di persiapkan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulasi terhadap reseptor mekanis sensitive pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri.²

Nyeri pasca bedah disebabkan luka operasi, tetapi mungkin ada sebab yang lain harus dipertimbangkan. Pencegahan nyeri harus dipersiapkan sebelum operasi agar penderita tidak terganggu oleh nyeri setelah pembedahan dengan memberikan analgetik. Pengendalian nyeri adalah suatu aspek penting untuk perawatan optimal penderita yang menjalani pembedahan. Oleh karena itu, ilmu mengenai patofisiologi nyeri, farmakologi obat-obatan analgetik, dan teknik efektif dalam mengendalikan nyeri sepatasnya mendapat perhatian khusus.

Penelitian tahun 2012 terdapat 50 pasien menjalani operasi *hernia inguinal* di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung dari bulan Januari 2012 sampai dengan Desember 2012. Laki laki 64%, dan wanita 36%. Berdasarkan hasil survei awal terhadap data penderita *hernia* yang

dirawat inap di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan tahun 2011 berjumlah 121 kasus. Ppopulasi didaerah utara jawa indonesia di temukan insiden 8,2% pada pria dan 13,6% pada wanita. Dirumah Sakit Jakarta, yogyakarta dan semarang insidensinya sekitar 5,2-5,8%, frekuensi terbanyak pada usia 45-65 tahun.³

Di indonesia pada tahun 2003 dilaporkan prevalensi nyeri antara lain 59,3%-62,4% dan prevalensitahunan 20,9%-31,2%. Dalam penelitian *multy-canter* di 14 rumah sakit pendidikan indonesia diketahui bahwa dari sebanyak 4.456 penderita nyeri(25% dari total kunjungan) 819 orang (18.37%) adalah penderita nyeri.⁴

Nyeri adalah suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang di sebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri menunjukan masalah utama pada pasien post operasi. Nyeri dapat menimbulkan efek terdapat respon tubuh, berupa mengukur denyut nadi, tekanan darah dan respon yang lainnya. nyeri sering dilukiskan sebagai suatu yang berbahaya (noksius, protofatik) atau yang tidak berbahaya (non noksius,epikritik) misalnya sentuhan ringan, kehangatan, dan tekanan ringan.⁵

Manajemen nyeri merupakan salah satu cara yang digunakan di bidang kesehatan untuk mengatasi nyeri yang dialami oleh pasien. Teknik relaksasi dan merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanganan nyeri, relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi efektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Pemberian analgetik dan pemberian narkotik untuk menghilangkan nyeri tidak terlalu dianjurkan karena dapat Berdasarkan data diatas penulis tertarik untuk mengambil judul studi kasus tentang manajemen nyeri dengan teknik relaksasi pada pasien post operasi hernia inguinalis lateralsi dextra.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini telah dilakukan selama tiga hari, tanggal 10 – 13 Maret 2014, bertempat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kudus. Metode penelitian adalah

dengan cara observasi yang dilaksanakan secara mendalam (*in-depth observation*) terhadap objek yaitu pasien oschialgia yang dirawat di Ruang Bougenville II, RSUD Kudus. Analisis dan penyajian data dilakukan secara deskriptif .

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Pengkajian ini dilakukan pada tanggal 10 maret 2014 pukul 08.30 WIB diruang cempaka III, RSUD kudus . Pasien dengan nama Tn. S, umur 62 tahun, suku jawa, agama islam, pendidikan sma, pekerjaan wiraswasta, status perkawinan menikah. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 5 maret 2014 dengan diagnosa medis hernia inguinalis lateral. Riwayat keperawatan, pada riwayat keperawatan sekarang di dapatkan data pada tanggal 10 maret 2014. Klien merasakan benjolan di bagian perut terasa nyeri. Klien mengatakan merasa ada kelainan di bagian perut kanan yaitu benjolan sebesar genggam tangan sejak satu tahun yang lalu. Tetapi waktu itu benjolan tersebut bisa hilang sendiri terutama saat berbaring. Benjolan semakin membesar pada kondisi berdiri dan mengecil saat digunakan untuk berbaring. Ketika muncul benjolan tersebut pasien sering merasakan keram pada area benjolan tersebut dan bertambah nyeri saat ditekan, karena pasien merasa tidak nyaman pasien memeriksakan ke poli untuk mengobati atau menghilangkan benjolan tersebut. Pasien dirujuk ke ruang cempaka III untuk rawat inap.

Pemeriksaan fisik dari hasil keadaan umum baik, kesadaran composmetis atau sadar penuh. Pengukuran tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, suhu 36 °C, respirasi 24 kali per menit. Berat badan pasien 63 kg, dan tinggi badan 173 cm. Pemeriksaan pada kepala mesocephal. Pada mata kanan kiri simetris, isokor" sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis. Pemeriksaan hidung simetris kanan dan kiri, tidak terpasang selang oksigen, tidak ada gangguan penciuman. Pemeriksaan pada mulut, mukosa bibir kering, tidak ada karies gigi, dan tidak ada kesakitan dalam menelan. Pada pemeriksaan abdomen terdapat luka post operasi dibagian bawah pusat, tampak luka insisi di kuadran 4 abdomen dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm

dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka. *Provocate* luka operasi, (*quality*) kualitasnyeri tekan, (*region*) lokasi perut kanan bawah, skala nyeri 4, dan waktu merasakan sewaktu waktu. Pemeriksaan laboratorium tanggal 9 maret 2014 yaitu pemeriksaan hematologi dengan hasil Hemoglobin 10,8 gr/d nilai normal 14-18, Leukosit 11.000 /mm³ nilai normalnya 4.000-10.000. Program terapi tanggal 10 maret 2014 terpasang infus RL 20 tetes per menit. Obat oral amlodipon 2 x 500 mg,. Injeksi ketorolak 3 x 30 mg. Riwayat pengkajian nutrisi, pasien mengatakan tidak mau makan telur, ikan, ayam karena tidak ingin lukanya gatal, pasien makan menu dari rumah sakit, sehari makan 3 kali dengan komposisi nasi, lauk dan sayuran habis setengah porsi, dan minum air putih 7 sampai 8 gelas ukuran sedang per hari. Tindakan keperawatan yang diberikan yaitu mengkaji tanda-tanda nyeri pada luka dan melakukan tindakan perawatan teknik relaksasi nafas dalam. Menganjurkan pasien mengambil nafas dalam dari hidung tahan selama 2 sampai 3 detik dan megeluarkan lewat mulut. Dilakukan berulang ulang kali sampai nyeri yang dirasakan pasien berkurang.

Pada tanggal senin 10 maret 2014 jam 8.30 WIB yaitu implementasi hari keduapost operasi, mengkaji skala nyeri, dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dibawah perut, pengkajian nyeri penyebab luka post operasi, kualitas keram, tempat perut kanan bawah, skala 7, waktu saat digerakkan. Pasien tampak menahan nyeri. Jam 08.45 WIB implementasi mengkaji tingkat kecemasan pasien dengan hasil pasien mengatakan masih cemas meskipun sudah dilakukan operasi. Pasien tampak ragu-ragu dalam mengungkapkan perasaannya. Jam 09.00 WIB implementasi mengajarkan pasien tindakan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan ketika pasien merasakan nyeri atau saat nyeri dirasakan oleh pasien. Hal itu ditunjukkan dengan pasien mengatakan bersedia, pasien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam.⁸ Pasien melakukan teknik dengan tarik nafas melalui hidung ditahan sebentar lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan diulangi smapai nyeri hilang atau 5 kali.

Implementasi pada hari Selasa tanggal 11 Maret 2014 jam 08.30 WIB yaitu mengkaji kebutuhan makanan oral dan kebersihan tubuh pasien dengan hasil istri pasien mengatakan tadi pagi sudah disibeh tidak menggunakan sabun, sudah menggosok gigi dengan menggunakan pasta gigi. Pasien tampak rapi, mulut bersih, tidak berbau, rambut tidak rontok dan tidak berbau. Jam 09.00 WIB mengkaji nyeri pasien secara kooperatif dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi, pengkajian nyeri penyebab luka operasi, kualitas keram, tempat perut kanan bawah, skala 5, waktu saat buat bergerak. Pasien diajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan cara pasien dianjurkan untuk tarik nafas dalam melalui mulut ditahan sebentar lalu dikeluarkan lewat mulut secara perlahan dan dilakukan sampai nyeri berkurang atau 5 kali, pasien tampak sedikit rileks⁹.

Implementasi pada hari Rabu tanggal 12 Maret 2014 jam 08.30 WIB yaitu mengkaji kebutuhan makanan oral dan kebersihan tubuh pasien dengan hasil istri pasien mengatakan tadi pagi sudah disibeh tidak menggunakan sabun, sudah menggosok gigi dengan menggunakan pasta gigi. Pasien tampak rapi, mulut bersih, tidak berbau, rambut tidak rontok dan tidak berbau.

Jam 09.00 WIB mengkaji nyeri pasien secara kooperatif dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang pada luka post operasi, pengkajian nyeri penyebab luka operasi, kualitas keram, tempat perut kanan bawah, skala 4, waktu saat buat bergerak. Pasien diajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan cara pasien dianjurkan untuk tarik nafas dalam melalui mulut ditahan sebentar lalu dikeluarkan lewat mulut secara perlahan dan dilakukan sampai nyeri berkurang atau 5 kali, pasien tampak sedikit rileks⁹.

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan pada hari Rabu tanggal 12 Maret 2014 jam 14.00 WIB Didapatkan data klien mengatakan nyeri pada lukanya mulai berkurang tidak seperti yang dirasakan sebelumnya. Tetapi pasien mengatakan masih melakukan tarik nafas dalam ketika nyeri mulai datang dengan cara pasien tarik nafas dalam melalui mulut ditahan sebentar kurang lebih 3 detik lalu dihembuskan melalui mulut secara

perlahan sampai nyeri hilang atau berkurang. Data obyektifnya pasien rileks, tenang, wajah tidak menahan sakit, dan pasien mulai terlihat bisa tersenyum karena nyeri yang dirasakan berkurang.

Pembahasan

Luka operasi adalah luka yang disebabkan karena tindakan operasi misalnya operasi herniorafi, operasi sesar, dan lain lain. Biasanya luka seperti ini lebih kecil hanya berupa sayatan dan sudah dilakukan penjahitan jaringan, sehingga biasanya luka tidak dalam kondisinya terbuka. Untuk kondisi ini luka berada pada kondisi luka bersih sehingga yang harus ditekankan adalah perawatan luka selanjutnya juga harus mempertahankan kebersihannya atau sterilitasnya, karena itu juga adalah hal yang penting yang harus diperhatikan agar luka segera sembuh. Pada Tn. S setelah dilakukan operasi. Terdapat luka operasi di bagian perut kanan bawah, berbentuk goresan dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka.

Discontinuitas jaringan adalah adanya trauma jaringan dan reflek spasme sekunder akibat dari luka operasi. Pada Tn S di bagian perut terdapat luka insisi di bagian perut kanan bawah, berbentuk goresan dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka.

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan yang bersifat subjektif. Karena perasaan nyeri berbedapada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Sesuai dengan pasien Tn. S yang mengalami kerusakan ujung saraf akibat operasi sehingga terjadilah nyeri⁹.

Teori gate control yang dikemukakan Melzack dan Wall merupakan teori yang komprehensif dalam menjelaskan transmisi dan persepsi nyeri. Dalam teori ini dijelaskan bahwa substansi gelatinosa, yaitu suatu area dari sel-sel khusus pada bagian ujung dorsal serabut saraf sumsum

tulang belakang (spinal cord) yang berperan sebagai mekanisme pintu gerbang (gating mechanism). Mekanisme pintu gerbang ini dapat dapat memodifikasi dan merubah sensasi nyeri yang datang sebelum sampai di korteks serebri dan menimbulkan persepsi nyeri. Tn S terlihat masih meringis ketika saat merasakan nyeri insisi.

Ada bermacam-macam perilaku yang tercermin dari pasien. Secara umum orang yang mengalami nyeri akan didapatkan respon psikologis, namun beberapa hal yang sering terjadi misalnya, suara menangis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas. Ekspresi Wajah meringis, menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat / membuka mata atau mulut, menggigit bibir. Pergerakan Tubuh kegelisahan, mondar-mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang. Interaksi Sosial menghindari percakapan dan kontak social, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu. Jenis nyeri *somatik superfisial* (Kulit), nyeri *somatik dalam*, nyeri kepala, nyeri Alih, nyeri neuropath. Pada Tn. S tampak wajah meringis kesakitan, pasien tampak melindungi atau memegang tempat yang sakit, tetapi pasien masih dapat berinteraksi .

Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Tn. S belum melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada pemeriksaan abdomen terdapat luka post operasi di bagian bawah pusat, tampak luka insisi di kuadran 4 abdomen dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka.

Provocate luka operasi, (*quality*) kualitasnyeri tekan, (*region*) lokasi perut kanan bawah, skala nyeri 4, dan waktu merasakan sewaktu waktu.¹¹

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataan kubah diafragma selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi. Dari studi kasus,

penulis melakukan hari kedua, penggantian teknik relaksasi nafas dalam yang benar yaitu menciptakan lingkungan yang tenang, mengusahakan tetap tenang dan rileks, mengarahkan pasien menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru- paru dengan udara melalui hitungan 1, 2, 3. Dan mengarahkan pasien perlahan- lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks. Lalu menganjurkan pasien bernafas dengan irama normal 3 kali. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan- lahan. Menganjurkan pasien membiarkan telapak tangan dan kaki rileks. Usakan agar tetap konsentrasi atau mata sambil terpejam. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri. Menganjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang. Pasien mengulang ulang sampai nyeri pasien berkurang. Setelah Tn. S melakukan teknik nafas dalam sebanyak 5 kali saat merasakan nyeri, nyeri dirasakan berkurang. Dengan hasil observasi pada perut terdapat luka post operasi dibagian kanan bawah pusat, tampak luka insisi di kuadran 4 abdomen dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka.

Provocate luka operasi, (*quality*) kualitasnyeri tekan, (*region*) lokasi perut kanan bawah, skala nyeri 8, dan waktu merasakan sewaktu waktu.⁸

Relaksasi melibatkan sistem otot dan respirasi sehingga tidak membutuhkan alat lain dan mudah dilakukan kapan saja atau sewaktu-waktu. Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi terletak pada fisiologi system saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal individu. Selain menggunakan teknik relaksasi nafas dalam penulis juga menggunakan pemberian analgetik untuk mengatasi rasa nyeri yang dirasakan klien.

KESIMPULAN

Hasil manajemen nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi selama 3 hari pada pasien herniorapi mengalami perbaikan, secara bertahap yaitu pada hari

pertama sekala nyeri 7 sedangkan pada hari ketiga post operasi dibagian kanan bawah pusat, tampak luka insisi di kuadran 4 abdomen dengan arah vertikal sepanjang kurang lebih 5 cm dengan 6 jahitan menggunakan benang side, kondisi luka lembab, bersih, tampak kemerahan disekitar luka. *Provocate* luka operasi, (*quality*) kualitasnyerit tekan, (*region*) lokasi perut kanan bawah, skala nyeri 4, dan waktu merasakan sewaktu waktu.⁸ Meskipun demikian setelah dilakukan manajemen teknik relaksasi nafas dalam, menunjukkan keberhasilan walaupun secara bertahap. Saran penulis yaitu menganjurkan menggunakan manajemen nyeri dengan menggunakan teknik nafas dalam, agar dapat mengatasi nyeri tersebut.

DAFTAR RUJUKAN

1. Mansjor, A .*Kapita Slekta Kedokteran*. Jakarta: EGC 2000, Media Aeskulapuius, FKUI Jakarta, 2000. 1663-65.
2. Potter, Patricin A. *Buku Ajar Funda Mental Keperawatan Jilid II*. Jakarta : EGC 2005. 1866-70.
3. Wardhani, H, dkk. 1993. *Ingunal Hernia in Children in Indonesia*. Medical School, University Indonesia, Childrens and Maternity Hospital. <http://www/link.spinger.com>. Diakses pada tanggal 12 Januari 2013.
4. Meliala.2004,.<http://www.Colombiaspine.org/condition>, 2009
6. Dina Dewi. *Efektifitas Teknik Relaksasi*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Jornal of Nursing). Vol4. No.2 juli 2009.
7. Ratnasari, Ni Made Dewi. *Pengaruh Relaksasi Dalam Penanganan Nyeri (prevalansi) e*, Jurnal Respati. AC. Id.
8. Widastra, Ni Made.*Manajemen Nyeri Jurnal Keperawatan*. Soederman (The Soedirman Jurnal of Nursing) Vol 3. No 2 Juli 2009
9. Doenges, Marilyn E. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih bahasa I Made Kariasa. Ed. 3. Jakarta, 2000
10. Charlene J. Reeves, Bayle Roux, Robin Lockhart. *Penerjemah Joko SetyonoKeperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Salemba Media. Edisi I. 2002.
11. Tucker S.M.. *Standar Perawatan Pasien Proses Keperawatan, Diagnosis, dan Evaluasi*. EGC. 1993
12. Smeltzer, Suzanne C. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, alih bahasa: Agung Waluyo (et. al.), vol. 1, edisi 8, Jakarta: EGC. 2001
13. Wahyudi, Bambang. *Quantum Awareness Healing*. Diakses dari <http://www.quantumawarenesshealing.com>, tanggal akses 20 Juni 2013

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
LATIHAN NAFAS DALAM**



OLEH :

FEBRIZA YENI. S. Kep
1814901632

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS BUKIT TINGGI
TAHUN 2018/2019**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
LATIHAN NAFAS DALAM**

Pokok Bahasan :LatihanNafasDalam
Sasaran : Tn. H

Waktu : 20 menit
Tempat : Di Ruang Zaal Bedah
Hari/Tgl : Jumat 21 Desember 2018

A. Pengertian

Latihan nafas dalam adalah bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh (Parsudi, 2002).

B. Tujuan

1. Mengurangi rasa nyeri
2. Memberikan kenyamanan
3. Mengurangi kecemasan
4. Mengurangi stress
5. Mengurangi kelelahan dan ketegangan otot

C. Pelaksanaan

1. Tahap preinteraksi
Mencuci tangan
2. Tahap orientasi
 - a. Ucapkan salam
 - b. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
 - c. Beri kesempatan klien untuk bertanya
3. Tahap kerja
Prosedur latihan nafas dalam
 - a. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang
 - b. Anjurkan klien untuk meniru yang dicontohkan perawat
 - c. Longgarkan pakaian yang ketat
 - d. Posisi duduk santai dan nyaman

- e. Meletakkan satu tangan diperut dan satu tangan di dada, persis dibagian atas tulang dada
- f. Mulai tarik nafas sambil dihitung pelan sampai hitungan 2, gunakan pernafasan perut simpan di dada
- g. Hembuskan nafas sambil dihitung pelan sampai hitungan 4
- h. Betulkan tehnik yang dilakukan klien jika perlu
- i. Ulangi sampai 10 kali, selama berlatih lemaskan otot dan berkonsentrasilah dalam bernafas

4. Tahap terminasi

- a. Evaluasi perasaan klien
- b. Akhiri kegiatan
- c. Simpulkan hasil tindakan
- d. Cuci tangan

5. Dokumentasi

Catat tindakan dan hasil observasi yang dilakukan pada catatan keperawatan

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
MOBILISASI DINI**



OLEH :

FEBRIZA YENI. S. Kep
1814901632

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS BUKIT TINGGI
TAHUN 2018/2019**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
MOBILISASI DINI**

Pokok Bahasan : Mobilisasi post operasi

Sasaran : Tn. H dan keluarga
Waktu : 30 menit
Tempat : Di Ruangans Bangsal Bedah
Hari/Tgl : Jumat 21 desember 2018

A. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan keegiatan dengan bebas (kosier, 1989).

B. Tujuan dari mobilisasi antara lain :

1. Mempertahankan bady aligment
2. Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
3. Mengurangi Meningkatkan rasa nyaman
4. Mengurangi kemungkinan terjadinya cedera pada perawat maupun klien
5. Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap

C. Pelaksanaan

1. Persiapan :
 - a) Berikan penjelasan kepada klien maksud dan tujuan di lakukan tindakan mobilisasi ke posisi lateral
 - b) Cuci tangan sebelum melakukan tindakan untuk membatasi penyebaran kuman
 - c) Pindahkan segala rintangan sehingga perawat leluasa bergerak.
 - d) Siapkan peralatan yang di perlukan.
 - e) Yakinkan bahwa klien cukup hangat dan privasi terlindungi.
2. Saran – saran atau hal – hal yang harus di perhatikan
 - a) Perawat harus mengetahui teknik mobilisasi yang benar
 - b) Bila klien terlalu berat pastikan mencari pertolongan
 - c) Tanyakan kepada dokter tentang indikasi dan kebiasaan dilakukannya mobilisasi
3. Persiapan alat
 - a) Satu bantal penopang lengan

- b) Satu bantal penopang tungkai
- c) Bantal penopang tubuh bagian belakang

4. Cara kerja

- a) Angkat / singkirkan rail pembatas tempat tidur pada sisi di mana perawat akan melakukan mobilisasi
- b) Pastikan posisi pasien pada bagian tengah tempat tidur, posisi supinasi lebih mudah bila di lakukan mobilisasi lateral
- c) Perawat mengambil posisi sebagai berikut :
 - 1) Perawat mengambil posisi sedekat mungkin menghadap klien di samping tempat tidur lurus pada bagian abdomen klien sesuai arah posisi lateral (misalnya; mau memiringkan kekanan, maka perawat ada di samping kanan klien
 - 2) Kepala tegak dagu di tarik ke belakang untuk mempertahankan punggung pada posisi tegak.
 - 3) Posisi pinggang tegak untuk melindungi sendi dan ligamen.
 - 4) Lebarkan jarak kedua kaki untuk menjaga kestabilan saat menarik tubuh klien
 - 5) Lutut dan pinggul tertekuk / fleksi
- d) Kemudian letakan tangan kanan lurus di samping tubuh klien untuk mencegah klien terguling saat di tarik ke posisi lateral (sebagai penyangga).
- e) Kemudian letakan tangan kiri klien menyilang pada dadanya dan tungkai kiri menyilang diatas tungkai kanan dengan tujuan agar memberikan kekuatan saat di dorong.
- f) Kemudian kencangkan otot gluteus dan abdomen serta kaki fleksi bersiap untuk melakukan tarikan terhadap tubuh klien yakinkan menggunakan otot terpanjang dan terkuat pada tungkai dengan tujuan mencegah trauma dan menjaga kestabilan.
- g) Letakan tangan kanan perawat pada pangkal paha klien dan tangan kiri di letakan pada bahu klien.
- h) Kemudian tarik tubuh klien ke arah perawat dengan cara :

- 1) Kuatkan otot tulang belakang dan geser berat badan perawat ke bagian pantat dan kaki.
 - 2) Tambahkan fleksi kaki dan pelfis perawat lebih di rendahkan lagi untuk menjaga keseimbangan dan ke takstabil
 - 3) Yakinkan posisi klien tetap nyaman dan tetap dapat bernafas lega
- i) Kemudian atur posisi klien dengan memberikan ganjalan bantal pada bagian yang penting sebagai berikut :
- 1) Tubuh klien berada di samping dan kedua lengan berada di bagian depan tubuh dengan posisi fleksi, berat badan klien tertumpu pada bagian skakula dan illeum. Berikan bantal pada bagian kepala agar tidak terjadi abduksi dan adduksi ada sendi leher.
 - 2) Kemudian berikan bantal sebagai ganjalan antara kedua lengan dan dada untuk mencegah kelelahan otot dada dan terjadinya lateral fleksi serta untuk mencegah / membatasi fungsi internal rotasi dan abduksi pada bahu dan lengan atas.
- j) Berikan ganjalan bantal pada bagian belakang tubuh klien bila di perlukan untuk memberikan posisi yang tepat
- k) Rapikan pakayan dan linen klien serta bereskan alat yang tidak di gunakan.
- l) Dokumentasikan tindakan yang telah di kerjakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner&Suddarth.2002.*Keperawatan medical bedahVol 1.Jakarta:EGC*
- Beyer, Dudes (1997). *The Clinical Practice Of Medical Surgical Nursing 2 nd* :
Brown Co Biston.
- Carpenito, Linda Juall. (2000). Buku Saku Diagnosa Kperawatan. Edisi 8.
Jakarta:Penerbit buku kedokteran EGC
- Dini, Kasdu. (2003). Operasi Caesar Masalah dan Solusinya. Jakarta : Puspa
Swara
- Mochtar, Rustam. (1992). Sinopsis Obstetri. Jakarta: EGC
- Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. (1996)*The Elements of Nursing: A model
for nursing based on a modelfor living. (4th edn). London: Churchill Livingstone.*
- Susan J. Garrison, 2004. Dasar-dasar Terapi dan Latihan Fisik. Jakarata :
Hypocrates. Syahlinda, 2008

Lampiran 3**LEMBAR DISCHARGE PLANNING PASIEN**

No.MR : 01 51 468 Nama : Tn. H Jenis Kelamin : Laki-laki	Alamat : Ds candi Ruang : Zaal Bedah
Tanggal MRS : 19 Desember 2018 Diagnosa MRS : Heria inguinalis	Tanggal KRS : 23 Desember 2018 Diagnosa KRS : Hernia inguinalis
Diagnosa Keperawatan : Post Op 1. Nyeri akut b.d diskontuinitas jaringan akibat tindakan operasi 2. Kerusakan mobilitas fisik b.d Nyeri 3. Kerusakan integritas kulit b.d luka operasi	
Aturan Diet :	Diet makanan biasa dan tingkat konsumsi makanan tinggi serat
Obat Yang Dibawa Pulang :	1. Cefadoxi 3 x 1 2. Asam Mefanamat 3x1
Aktifitas dan Istirahat :	Pantau aktifitas klien yang menguras tenaga dan tidak melakukan aktifitas berat seperti mengangkat benda berat
Tanggal dan Tempat Kontrol :	Hari Rabu tanggal 27 desember 2018 ke Poli bedah RSUD H.Hanafie Muara Bungo
Yang Dibawa Pulang :	
a. Obat Makan b. Hasil Rontgen c. Surat Kontrol	a. Cefadoxil dan Asam Mefanamat b. Tidak ada c. Surat kontrol Kepoli Bedah
Dipulangkan dari RS dengan Keadaan:	d. Pulang Paksa e. Lari

a. <u>Sembuh</u>	f. Meninggal
b. Meneruskan dengan berobat jalan	
c. Pindah ke RS lain	
Muara Bungo 23 desember 2018	
Pasien / Keluarga	Perawat Ruangan
(Tn, H)	(Febriza yeni. S.Kep)