

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN: POST HERNIORAPHY POD I ATAS
INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA
DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
NISA FAUZIYYAH
KHGA.22072



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

NAMA : NISA FAUZIYYAH

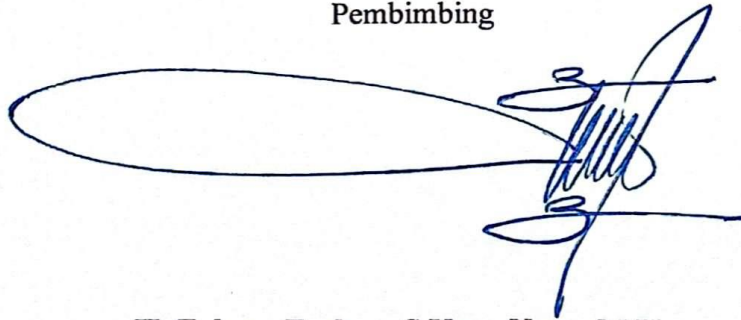
NIM : KHGA.22072

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini disetujui untuk disidangkan di hadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

NAMA : NISA FAUZIYYAH

NIM : KHGA.22072

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I



H. Engkus Kurnadi, S.Kep., M.Kes.

Penguji II



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,

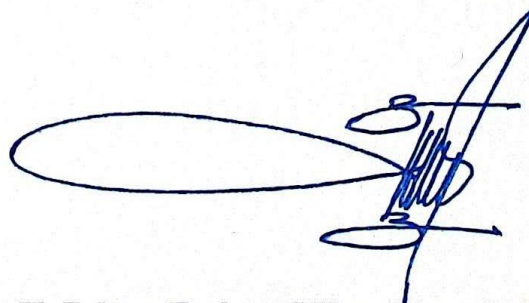
Ketua Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

**Oleh: Nisa Fauziyyah
NIM. KHGA.22072**

IV Bab, 91 Halaman, 9 Tabel, 2 Gambar, 4 Lampiran

Hernia inguinalis merupakan salah satu gangguan sistem pencernaan yang ditandai dengan penonjolan organ melalui dinding otot perut yang lemah, sering terjadi pada laki-laki usia lanjut dengan aktivitas fisik berat. Kondisi ini umumnya ditangani melalui tindakan bedah hernioraphy. Prosedur pembedahan dapat menimbulkan masalah keperawatan, sehingga peran perawat sangat penting dalam pemulihan melalui pengkajian menyeluruh, edukasi dan pencegahan komplikasi. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien post hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateralis melalui tahap pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Masalah keperawatan yang muncul meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Fokus tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, mobilisasi dini serta perawatan luka. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S menunjukkan bahwa dua masalah keperawatan teratasi dan satu masalah keperawatan teratasi sebagian. Teratasinya masalah keperawatan tersebut didukung oleh intervensi yang tepat, adanya peran aktif keluarga serta tingginya motivasi klien untuk sembuh. Penulis menyarankan agar perawat meningkatkan hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga sehingga dapat mempermudah melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh kepada klien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hernia Inguinalis, Hernioraphy
Daftar Pustaka : 26 Buah (2015-2025) (Buku dan Jurnal)

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mr. S WITH DIGESTIVE SYSTEM DISORDERS: POST HERNIORAPHY POD I FOR INDICATIONS OF INGUINAL HERNIA LATERALIS SINISTRA IN THE TULIP ROOM AT GUNTUR HOSPITAL IN GARUT REGENCY

**By: Nisa Fauziyyah
NIM. KHGA.22072**

IV Chapters, 91 Pages, 9 Tables, 2 Figures, 4 Attachments

Inguinal hernia is a digestive system disorder characterized by protrusion of organs through weak abdominal muscle walls, often occurring in elderly men with heavy physical activity. This condition is generally treated through hernioraphy surgery. Surgical procedures can cause nursing problems, so the role of nurses is very important in recovery through thorough assessment, education and prevention of complications. The purpose of writing this scientific paper is to gain real experience in providing direct and comprehensive nursing care to clients post hernioraphy for indications of lateral inguinal hernia through the stages of assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. The writing method used is descriptive in the form of a case study. Nursing problems that arise include acute pain, impaired physical mobility and risk of infection. The focus of nursing actions taken is pain management, early mobilization and wound care. The evaluation results of the nursing care process carried out on Mr. S showed that two nursing problems were resolved and one nursing problem was partially resolved. The resolution of these nursing problems is supported by appropriate interventions, the active role of the family and the client's high motivation to recover. The author suggests that nurses improve therapeutic relationships with patients and families so as to facilitate the implementation of comprehensive nursing care to clients.

Keywords : Nursing Care, Inguinal Hernia, Hernioraphy

Bibliography : 26 Pieces (2015-2025) (Books and Journals)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut” dengan tepat waktu. Sholawat beserta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada junjungan kita yakni Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga kepada kita selaku umatnya.

Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan, saran serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut dan Penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan banyak waktu

untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Sulastini, M.Kep, selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
7. Bapak Tedi Nurdiansyah, S.Kep, selaku pembimbing di Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Kepada klien Tn. S beserta keluarga yang telah bekerja sama dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada kedua orang tua tercinta, Mamah Enyas dan Alm. Bapak Adang Kurnia, yang selalu menjadi sumber kekuatan dan inspirasi bagi penulis. Terima kasih kepada Mamah atas doa yang tulus, kasih sayang yang tak pernah putus, dukungan dan motivasi yang tiada henti, yang selalu menjadi penopang dalam setiap langkah penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, keberkahan, dan kebahagiaan kepada Mamah. Untuk Ayahanda tercinta, Alm. Bapak Adang Kurnia, meskipun ragamu telah tiada, semangat, nasihat Bapak selalu hidup dalam hati dan ingatan penulis serta menjadi penyemangat penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT menerima segala amal ibadahnya,

mengampuni segala dosanya, dan menempatkannya di tempat terbaik di sisi-Nya. Aamiin.

10. Kakak-kakak tercinta, Titin Wartini, Dani Aditya, dan Nurlina, S.I.Kom., yang selalu menjadi panutan dalam hidup penulis. Terima kasih atas doa, semangat, nasihat, dan dukungan yang telah menjadi sumber kekuatan bagi penulis.
11. Keponakan tersayang, Syaumi Riyaadlull Jannat dan Muhammad Fauzan Al-Farisi, terima kasih telah menjadi sumber semangat dan kebahagiaan penulis. Semoga kalian tumbuh menjadi pribadi yang cerdas, berakhlak mulia, dan membanggakan keluarga.
12. Teman-teman dekat, Karina Sukmawati, Uly Ma'rifah, Pepi Pauziah, Raisa Ulfadilah, Afifah Alawiyah, dan Aulia Putrisari, terima kasih telah menjadi tempat berbagi cerita, berbagi tawa serta selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan dari awal perkuliahan hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i angkatan XXIX Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, khususnya kelas 3B yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas kebersamaan selama tiga tahun ini, menjadi teman bertukar cerita, canda tawa serta suka duka yang akan menjadi kenangan yang tak terlupakan.
14. Bebedahan gangs, Napipopetta, Uri Eonnie's yang selalu memberikan semangat, motivasi dan dukungan kepada penulis sampai terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

15. Kepada anggota grup K-pop SEVENTEEN, BTS, TXT, dan ENHYPEN, yang telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis hingga saat ini. Terima kasih telah hadir dengan musik, energi, dan pesan-pesan positif yang tidak hanya menghibur, tetapi juga menjadi sumber motivasi dan kekuatan bagi penulis selama proses penyusunan karya tulis ini. Kehadiran kalian menjadi pengingat untuk terus berusaha, percaya diri dan pantang menyerah.
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ini masih terdapat banyak kekurangan, baik dari segi pengetahuan maupun kemampuan yang dimiliki. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun guna perbaikan dan penyempurnaan karya ini. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak serta senantiasa mendapatkan ridho dari Allah SWT. Semoga Allah SWT. membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juli 2025



Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Penelitian	8
D. Sistematika Penulisan	9
BAB II KAJIAN TEORI.....	11
A. Konsep Dasar Hernia	11
1. Pengertian.....	11
2. Etiologi.....	12
3. Anatomi dan Fisiologis	13
4. Klasifikasi	15
5. Patofisiologi	19
6. Manifestasi Klinis	22
7. Komplikasi	22
8. Pemeriksaan Penunjang	23
9. Penatalaksanaan	24
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa Keperawatan.....	34
3. Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	34
4. Implementasi Keperawatan.....	40
5. Evaluasi Keperawatan.....	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	42
A. Tinjauan Kasus.....	42
1. Pengkajian.....	42
2. Diagnosa Keperawatan.....	57
3. Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	60
4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	64
5. Catatan Perkembangan.....	73
B. Pembahasan.....	75
1. Pengkajian.....	75
2. Diagnosa Keperawatan.....	79
3. Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	80
4. Implementasi Keperawatan.....	83
5. Evaluasi Keperawatan.....	85

BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI	88
A. Simpulan	88
B. Rekomendasi	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tabel Analisa Data.....	32
Tabel 2. 2 Tabel Perencanaan Keperawatan.....	34
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	54
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	55
Tabel 3. 3 Program Terapi	55
Tabel 3. 4 Analisa Data	55
Tabel 3. 5 Perencanaan Tindakan Keperawatan.....	60
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	64
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Dinding Abdomen	13
Gambar 2. 2 Anatomi Hernia Inguinalis Lateralis	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I SAP Perawatan Pasien Post Operasi Hernia
Lampiran II Leaflet Perawatan Pasien Post Operasi Hernia
Lampiran III Lembar Bimbingan
Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia merupakan bagian usus yang keluar dari rongga otot perut, membentuk tonjolan yang dapat terlihat dan teraba diluar. Penyebabnya ialah karena adanya kelainan kongenital, kelemahan jaringan, luasnya area ligamen inguinal, trauma, obesitas, aktivitas berat, atau terlalu sering memberikan tekanan saat buang air kecil dan buang air besar. Hernia lebih sering terjadi di area inguinal, femoral, umbilikus, atau bekas insisi, tetapi sekitar 75% dari semua hernia terjadi di area inguinal, yang dikenal sebagai hernia inguinalis (HI) (Sjamsuhidajat & Jong, 2016).

Hernia inguinalis adalah kondisi dimana bagian organ keluar dari tempat normalnya melalui daerah inguinal dan tidak dapat kembali ke posisi asal. Ciri-ciri dari hernia inguinalis yaitu adanya benjolan di daerah lipatan paha atau selangkangan dan biasa terjadi pada skrotum. Laki-laki cenderung memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, hal ini disebabkan oleh anatomi kanalis inguinalis yang lebih besar pada laki-laki. Selain itu, jenis pekerjaan yang lebih berat pada laki-laki juga menjadi salah satu faktor yang meningkatkan terjadinya hernia (Hamriyani, 2020).

Hernia inguinalis terdiri dari tiga jenis hernia tergantung pada lokasi relatif terhadap segitiga inguinal (*Hesselbach*), yaitu hernia femoralis, tidak langsung, dan langsung. Tonjolan jaringan yang muncul di area medial dari pembuluh epigastrik inferior melalui dinding belakang kanalis inguinalis

disebut hernia inguinalis langsung. Sementara itu, hernia inguinalis tidak langsung (indirek) muncul melalui cincin inguinalis internal, yang terletak di lateral inferior dari pembuluh darah epigastrium. Hernia femoralis merupakan tonjolan jaringan yang terletak di bawah ligamen inguinalis, di bagian medial dari pembuluh darah (Shakil et al., 2020).

Hernia inguinalis terjadi akibat adanya kelemahan pada otot perut anterior disertai dengan peningkatan tekanan intra abdomen, sehingga kondisi ini lebih sering terjadi pada orang dewasa dan lanjut usia. Salah satu faktor penyebab hernia inguinalis adalah usia, serta adanya peningkatan tekanan pada otot perut secara terus menerus selama melakukan aktivitas fisik berat yang sering dijumpai pada klien yang bekerja sebagai buruh atau petani. Peningkatan tekanan ini dapat menyebabkan organ menonjol atau menembus melalui dinding organ yang lemah (Putri et al., 2023).

Menurut *World Health Organization* (2018 dalam Pramesti et al., 2023), memperkirakan sekitar 45.000 orang diseluruh dunia menderita hernia. Angka tersebut menunjukkan perbandingan 90,2% pada laki-laki dan 9,8% pada perempuan. Kasus hernia paling banyak ditemukan di negara berkembang seperti negara-negara di Afrika, Asia Tenggara termasuk Indonesia. Selain itu, Uni Emirat Arab merupakan negara yang memiliki jumlah kasus hernia terbanyak di seluruh dunia, sekitar 3.950 orang yang terdiagnosis pada tahun 2016. Hernia pada dinding abdomen dilaporkan memiliki prevalensi 1,7% pada semua kelompok usia, dan 4% pada usia di atas 45 tahun. Di Inggris, dilaporkan

10 kasus hernia per 100.000 populasi, sedangkan di Amerika Serikat 28 kasus hernia per 100.000 populasi.

Data dari Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, menunjukkan bahwa distribusi penyakit sistem pencernaan untuk pasien rawat inap berdasarkan kategori penyebab penyakit, hernia berada di posisi ke-8 dengan total 18.135 kasus. Berdasarkan dari jumlah tersebut, 273 pasien meninggal yang kemungkinan disebabkan oleh kegagalan dalam prosedur operasi hernia. Total dari semua kasus hernia tersebut, 15.051 kasus terjadi pada laki-laki, dan 3.094 kasus terjadi pada perempuan. Sedangkan untuk pasien rawat jalan, menempati posisi kedelapan. Total seluruh kunjungan tercatat sebanyak 41.526, dengan 23.721 merupakan kunjungan baru yang meliputi 8.799 pasien laki-laki dan 4.922 pasien perempuan (Depkes, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Daerah tahun 2018, penyakit hernia menempati urutan kedua setelah penyakit saluran kemih dengan jumlah 2.254 kasus hernia. Di Indonesia, proporsi pekerja keras mendominasi sebanyak 7.377 kasus (70,9%) dengan jumlah kasus tertinggi tercatat di Banten sebanyak 5.065 kasus (76,2%), dan terendah tercatat di Papua sebanyak 2.563 kasus (59,4%) (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medis Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut tahun 2024, jumlah pasien hernia inguinalis lateralis periode Januari sampai Desember tahun 2024, mencapai 259 kasus, dengan presentasi laki-laki 89% dan perempuan 11%, dengan rata-rata usia penderita diatas 45 tahun. Sementara itu, data terbaru yang diperoleh dari bulan Januari

sampai April tahun 2025, mencapai 99 kasus, dengan rata-rata presentasi laki-laki 93% dan perempuan 7%, dengan rata-rata usia penderita diatas 45 tahun.

Hernia inguinalis yang tidak ditangani dengan segera akan menyebabkan komplikasi yang cukup serius, yaitu hernia akan semakin membesar dan memberikan banyak tekanan pada jaringan di sekitarnya, sehingga dapat mengganggu aktivitas penderita. Pada hernia inguinalis yang memiliki kantong berisi usus yang jika dibiarkan terus menerus, dapat mengakibatkan perforasi yaitu terjadi kerusakan pada usus. Komplikasi yang dapat muncul pada hernia yaitu pembengkakan di area benjolan. Salah satu cara penanganan hernia yaitu dengan prosedur pembedahan (Setyaningrum, 2023).

Penatalaksanaan dari hernia inguinalis adalah dengan tindakan operatif yaitu hernioraphy. Operasi hernioraphy terdiri dari herniotomy dan hernioplasty. Herniotomy adalah suatu tindakan membuka kantong hernia untuk memastikan isi kantong hernia, setelah itu kantong dimasukkan kembali ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Sedangkan hernioplasty adalah suatu tindakan bedah yang bertujuan untuk mencegah munculnya kembali dengan cara memperkecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis (Wahid et al., 2019).

Nyeri pasca operasi merupakan pengalaman yang paling sering dialami oleh pasien yang sudah menjalani prosedur operasi. Kontrol nyeri pasca operasi memiliki peran penting dalam proses pemulihan pasien dan mengurangi kejadian efek fisiologis dan psikologis yang merugikan akibat nyeri akut yang

tidak terkontrol. Nyeri merupakan respon sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang bersifat subjektif (R et al., 2025).

Perawatan untuk pasien setelah menjalani operasi hernia sangat penting, karena tubuh sedang dalam fase penyembuhan yang rentan terhadap berbagai komplikasi. Salah satu gejala yang sering timbul setelah operasi hernia adalah rasa sakit di area bekas sayatan operasi. Rasa nyeri yang dirasakan dapat menghambat mobilitas pasien, serta menyebabkan stres fisik dan emosional, sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan. Selain itu, risiko infeksi juga menjadi hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan pasca operasi. Luka operasi yang tidak dirawat dengan baik dapat menjadi pintu masuk bagi kuman, yang dapat menyebabkan infeksi lokal maupun sistemik. Tanda-tanda seperti kemerahan, pembengkakan, demam, atau keluarnya cairan dari luka perlu segera ditangani. Perawatan luka yang bersih dan steril, serta pemantauan tanda-tanda vital secara berkala sangat penting untuk mencegah infeksi. Selain itu, perawatan pasca operasi juga mencakup edukasi kepada pasien mengenai pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan tekanan intraabdomen meningkat, yang dapat memicu terjadinya hernia berulang. Oleh karena itu, pasien perlu mendapatkan informasi tentang aktivitas apa yang harus dilakukan segera dan aktivitas yang dilakukan secara bertahap pasca operasi (Widodo & Trisetia, 2022).

Perawat berperan penting dalam memberika asuhan keperawatan yang mencakup tindakan promotif, preventf, dan kolaboratif dengan tim medis lain

dalam menjalankan pengobatan dan rehabilitasi. Perawat memiliki keterampilan dan pengetahuan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, terutama dalam perawatan pasien pasca operasi hernia inguinalis. Perawat memiliki peran penting dalam menangani pasien pasca operasi hernioraphy. Selain memberikan dukungan kepada pasien selama 24 jam, perawat juga dapat menerapkan metode non-farmakologis yang cukup efektif untuk mengurangi rasa nyeri, seperti teknik relaksasi napas dalam (Widodo & Trisetya, 2022).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

2. Tinjauan Khusus

Tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien diantaranya:

- a. Melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Tn. S dengan Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Tn. S dengan Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada Tn. S dengan Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. S dengan Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Tn. S dengan Post Hernioraphy POD I atas

Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah
Sakit Guntur Kabupaten Garut.

C. Metode Penelitian

Karya tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis menggunakan metode wawancara untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi klien. Proses ini juga disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap perilaku dan keadaan umum klien untuk memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumetasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk memperoleh data dasar yang berhubungan dengan kasus yang di alami klien yaitu post hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateralis.

5. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif klien selama proses pengkajian, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan, meliputi; latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Kajian Teoritis, meliputi; konsep dasar penyakit dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, etiologi, anatomi dan fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus, meliputi; tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan. Pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan.

BAB IV Kesimpulan dan rekomendasi; berisi kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak

rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan karta tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Konsep Dasar Hernia

1. Pengertian

Hernia berasal dari bahasa latin yaitu *herniae* yang berarti penonjolan isi suatu dinding rongga yang lemah membentuk kantung dengan pintu berupa cincin. Hernia atau biasa disebut “burut” atau “turun bero” adalah lubang atau robekan pada otot yang menutupi perut dibawah lapisan kulit. Lubang ini memungkinkan belitan usus keluar dan membentuk benjolan di bawah kulit. Hernia berisi cincin, kantong (peritoneum) dan isi hernia (Masriadi, 2016).

Hernia merupakan bagian usus yang keluar dari rongga otot perut, membentuk tonjolan yang dapat terlihat dan teraba diluar. Penyebabnya ialah karena adanya kelainan kongenital, kelemahan jaringan, luasnya area ligamen inguinal, trauma, obesitas, aktivitas berat, atau terlalu sering memberikan tekanan saat buang air kecil dan buang air besar. Hernia lebih sering terjadi di area inguinal, femoral, umbilikus, atau bekas insisi, tetapi sekitar 75% dari semua hernia terjadi di area inguinal, yang dikenal sebagai hernia inguinalis (HI) (Sjamsuhidajat & Jong, 2016).

Hernia inguinalis merupakan suatu kondisi yang terjadi pada bagian bawah kulit peritoneum yang mungkin berisi organ perut yang mengakibatkan penonjolan pada bagian abdominal di area inguinal. Sebagian besar hernia terjadi ketika sebagian peritoneum atau usus

mendorong masuk melalui celah dinding perut. Peritoneum adalah selaput yang melapisi rongga perut yang membungkus sebagian besar organ dalam perut. Tonjolan yang keluar, yang dikenal sebagai hernia atau kantung hernia biasanya berisi bagian organ seperti usus atau lambung. Tonjolan ini biasanya dapat terlihat dari luar (Hammoud & Gerken, 2023).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hernia merupakan suatu kondisi ketika organ dalam tubuh, seperti usus menonjol keluar dari posisi aslinya melalui bagian dinding tubuh yang lemah dan membentuk kantung atau benjolan di bawah kulit. Hernia disebabkan oleh adanya kelainan kongenital, kelemahan otot perut, aktivitas berat dan adanya tekanan saat buang air besar dan buang air kecil. Hernia inguinalis merupakan jenis hernia paling umum yang terjadi di area selangkangan akibat adanya dorongan isi perut melalui celah otot dan tonjolan sering kali terlihat jelas dari luar.

2. Etiologi

Menurut Sjamsuhidajat & Jong (2016), hernia dapat di jumpai pada segala usia dan lebih banyak pada laki-laki. Penyebab utama terjadinya hernia adalah:

a. Kelemahan dinding otot

Terdapat kelemahan dinding otot bagian dalam abdomen yang menyebabkan dinding tersebut tidak mampu menahan rongga abdomen secara efektif, sehingga organ dalam abdomen menonjol keluar dan terjadi hernia.

b. Adanya peningkatan tekanan intra abdomen

Peningkatan tekanan intra abdomen dapat disebabkan beberapa kondisi, seperti mengangkat beban berat, batuk kronis, konstipasi yang menyebabkan mengejan, kehamilan, obesitas, dan aktivitas yang berlebihan. Peningkatan tekanan ini mendorong organ atau jaringan dalam rongga perut menonjol keluar melalui otot yang lemah dan memicu terjadinya hernia.

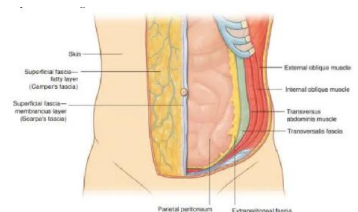
c. Kongenital

Kelemahan dinding otot bisa bersifat kongenital atau bawaan sejak lahir. Ketika otot dinding perut yang sudah lemah menjadi lebih rentan mengalami robekan atau celah. Akibatnya, organ atau jaringan di dalam perut bisa terdorong keluar melalui celah tersebut, yang kemudian menyebabkan hernia.

d. Trauma

Kondisi yang timbul sebagai akibat dari pengalaman atau peristiwa buruk yang dialami oleh seseorang, seperti kecelakaan, korban kekerasan fisik, atau bencana alam.

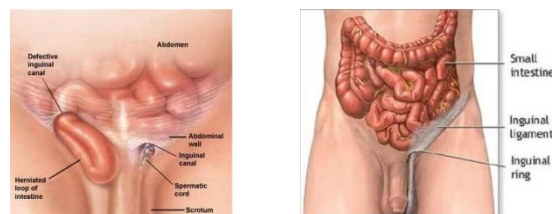
3. Anatomi dan Fisiologis



Gambar 2. 1 Anatomi Dinding Abdomen

Sumber: (Amrizal, 2015)

Secara anatomi, anterior dinding perut tersusun atas otot-otot multilaminar yang saling berhubungan dengan aponeurosis, fascia, dan kulit. Pada bagian lateral terdapat tiga lapisan otot yang masing-masing memiliki fascia obliquus yang saling berhubungan. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan aponeurosis. Otot transversus abdominis adalah otot internal lateral dari dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kedua otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan tuberkulum pubikum dan *spina iliaca anterior superior* (SIAS). Kanalis inguinalis dibatasi di bagian kranialateral oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Sementara itu, di bagian medial bawah, tepatnya di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksterna bagian terbuka dari aponeurosis musculus oblikus eksternus. Pada bagian atas terdapat aponeurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Amrizal, 2015).



Gambar 2. 2 Anatomi Hernia Inguinalis Lateralis

Sumber : (Amrizal, 2015)

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari muskulus oblikus internus abdominis yang tertutup anulus inguinalis ketika berkontraksi, dan adanya fasia transversa yang kuat menutupi trigonum *Hessellbach* yang umumnya tidak berotot. Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Sjamsuhidajat & Jong, 2016).

4. Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidajat & Jong (2016), hernia diklasifikasikan menjadi 3 bagian, yaitu berdasarkan letak, berdasarkan sifat dan keadaannya, dan berdasarkan regio adalah sebagai berikut:

a. Berdasarkan letak

1) Hernia eksterna

Hernia eksterna adalah hernia yang menonjol ke luar melalui dinding perut, pinggang, atau perineum sehingga tonjolan tersebut dapat terlihat dari luar. Hernia ini meliputi beberapa jenis berdasarkan lokasi tonjolannya, seperti hernia inguinalis lateralis (indirek), hernia inguinalis medialis (direk), hernia femoralis, hernia umbilikalis, hernia supra umbilikalis, dan hernia sikatrikalis.

2) Hernia interna

Hernia interna adalah tonjolan usus tanpa kantong hernia melalui suatu lubang dalam rongga perut, sehingga biasanya tonjolan tersebut tidak terlihat dari luar. Contoh hernia interna yaitu hernia

obturator, hernia diafragma, hernia foramen winslow dan hernia ligament treitz.

b. Berdasarkan sifat dan keadaanya

1) Hernia reponibel

Jika isi hernia dapat keluar masuk dari rongga perut ke kantung hernia dan kembali lagi ke rongga perut. Biasanya isi hernia dapat keluar ketika berdiri atau mengedan dan masuk ketika berbaring atau di dorong masuk ke perut.

2) Hernia irreponibel

Jika isi kantung tidak dapat dikembalikan ke rongga perut yang biasanya disebabkan oleh isi kantung yang menempel pada peritoneum kantung hernia.

3) Hernia inkarserata dan strangulata

Hernia inkarserata lebih dimaksudkan untuk hernia irreponibel yang disertai gangguan pasase, sedangkan hernia strangulata digunakan untuk menyebut hernia irreponibel yang disertai gangguan vaskularisasi hernia richter.

4) Hernia interparietal

Hernia interparietal di mana kantung menonjol ke dalam ruang antara lapisan dinding perut.

5) Hernia insipiens

Hernia insipiens adalah hernia tidak langsung yang puncaknya tidak menonjol dari annulus luar.

6) Hernia sliding

Hernia sliding merupakan suatu kondisi di mana bagian atas lambung dan sambungan antara esofagus dan lambung menonjol naik ke rongga dada melalui lubang diafragma yang disebut hiatus esofagus.

c. Berdasarkan Regionya

1) Hernia inguinalis

Kondisi dimana penonjolan organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis dan lemah dari cincin inguinalis.

2) Hernia femoralis

Hernia femoralis pada lipatan paha merupakan penonjolan kantong dibawah ligamentum inguinal di antara ligamentum lacunare di medial dan vena femoralis di lateral. Hernia ini sering ditemukan pada wanita dibandingkan laki-laki dengan perbandingan 2:1. Pada umumnya hernia femoralis sering terjadi pada remaja.

3) Hernia umbilikal

Hernia umbilikus umumnya sering terjadi pada bayi, ini akan menutup secara spontan tanpa terapi khusus jika defek aponeurosis berukuran $> 1,5$ cm.

4) Hernia paraumbilikus

Hernia paraumbilikus adalah hernia yang terbentuk melalui pembukaan garis tengah batas umbilikus kranial. Hernia ini jarang

menurun spontan, biasanya membutuhkan tindakan pembedahan untuk memperbaikinya.

5) Hernia hiatal

Hernia hiatal adalah kondisi ketika sebagian lambung menonjol ke dalam rongga dada melalui lubang kecil pada diafragma.

6) Hernia epigastrika

Hernia epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan *prosesus xifoideus*.

7) Hernia lumbalis

Hernia lumbalis adalah kondisi di mana isi perut menonjol keluar melalui kelemahan atau celah pada otot-otot di daerah punggung bagian bawah (lumbal). Hernia ini terjadi di daerah lumbal antara iga XII dan krista iliaka. Ada dua trigonum yaitu trigonum kostolumbalis yang berbentuk segitiga terbalik dan trigonum kostolumbalis inferior (trigonum iliolumbali) yang berbentuk segitiga.

8) Hernia litre

Hernia litre adalah jenis hernia yang sangat jarang dijumpai. Hernia ini berisi divertikel meckel, yaitu kantung kecil yang merupakan sisa dari saluran vitelline pada usus halus.

9) Hernia spigelian

Hernia spigelian adalah hernia ventralis dapatan yang menonjol di linea semi lunaris dengan atau tanpa isi melalui fascia spiegel.

10) Hernia perinealis

Hernia perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fascia melewati defek dasar panggul yang dapat terjadi secara primer pada perempuan multipara atau sekunder pasca operasi perineum. Hernia keluar melalui dasar panggul yang terdiri atas otot levator anus dan otot sakrokoksigeal beserta fasianya dan dapat terjadi pada semua daerah dasar panggul.

11) Hernia ventralis

Hernia ventralis adalah nama umum untuk semua jenis hernia di dinding perut bagian anterolateral.

12) Hernia scrotalis

Hernia scrotalis adalah hernia yang turun ke kanalis pada sisi funikulus spermaticus melalui cincin inguinalis.

5. Patofisiologi

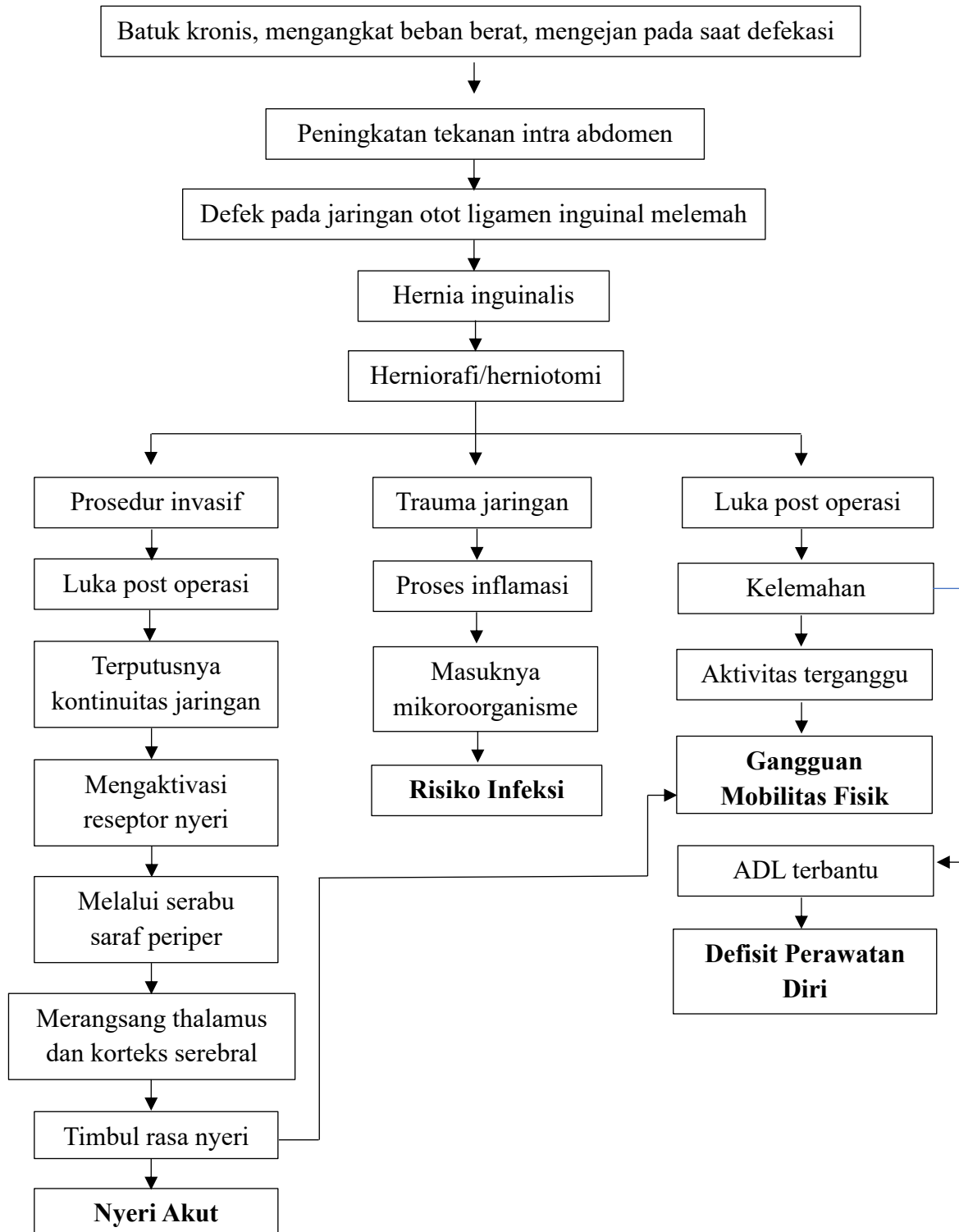
Penyebab terjadinya hernia adalah lemahnya dinding otot perut untuk menopang rongga perut, obesitas dan mengangkat beban yang terlalu berat, sehingga tekanan intra abdomen meningkat. Tekanan intra abdomen ini menyebabkan hernia tidak dapat dipulihkan dan cincin hernia memberikan tambahan karena jumlah usus yang menembus meningkat, cincin hernia menyempit menyebabkan kembung, muntah dan sembelit. Jika kondisi ini dibiarkan, dapat berkembang menjadi fibrosarkoma yang menyebabkan pembengkakan dan menekan pembuluh darah dan nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada kondisi yang tertekan hernia, antara

lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menyebabkan abses lokal peritonitis (Zahro, 2019).

Pembedahan dilakukan untuk mencegah komplikasi akibat hernia. Prosedur pembedahan mengakibatkan kehilangan cairan tubuh melalui perdarahan dan dehidrasi yang tidak terdeteksi melalui paru-paru dan kulit. Sayatan bedah menyebabkan pertahanan utama tubuh karena dapat menyebabkan cedera kulit, cedera jaringan, gangguan fungsi peredaran darah, serta retensi urin. Luka operasi menjadi pintu masuk bagi patogen sehingga dapat menyebabkan infeksi. Selain itu, manipulasi jaringan dan organ selama proses operasi dapat menimbulkan nyeri yang disebabkan oleh stimulasi atau kompresi ujung saraf akibat bahan kimia yang dilepaskan selama prosedur operasi, atau iskemia jaringan akibat terhentinya aliran darah akibat tekanan, kejang otot, atau hematoma. Sehingga menyebabkan nyeri akut dan resiko infeksi (Ridlo, 2022).

Prosedur pembedahan mengakibatkan luka yang biasanya dapat merusak integritas kulit yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman, mengurangi pergerakan dan risiko infeksi. Pasca operasi, klien mengalami kejang otot akibat pemotongan jaringan saraf yang menyebabkan kelemahan dan keterbatasan gerak fisik anggota badan, dalam hal ini terdapat masalah terkait perawatan akibat gangguan mobilitas fisik dan berdampak pula pada perawatan diri (Ridlo, 2022).

Pathway



Sumber: Ridlo (2022)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Putri *et al.* (2023), keluhan yang biasa terjadi pada orang dewasa adalah munculnya benjolan di area inguinalis yang dapat terlihat jelas saat mengejan, batuk kronis atau saat melakukan pekerjaan yang berat dan akan menghilang saat istirahat atau berbaring. Adapun tanda gejala lain dari hernia inguinalis yaitu:

- a. Adanya benjolan di daerah lipatan paha yang muncul ketika berdiri, batuk, bersin, atau mengejan dan dapat menghilang saat berbaring
- b. Muncul sensasi terbakar atau dicubit di area selangkangan yang dapat menyebar ke skrotum atau ke bawah kaki
- c. Nyeri atau adanya perasaan tidak nyaman di area selangkangan
- d. Muncul gejala mual dan muntah jika sudah terjadi komplikasi

7. Komplikasi

Menurut Awallul (2024), hernia inguinalis dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut, antara lain:

- a. Edema skrotum
- b. Atrofi testis
- c. Nyeri kronik
- d. Nekrosis usus yang diakibatkan oleh strangulasi pembuluh darah
- e. Hernia berulang
- f. Hematoma
- g. Retensi urin

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Meliani, R & Dytho (2023), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien hernia meliputi:

- a. Hitung darah lengkap, mengidentifikasi adanya infeksi bakteri ditunjukkan oleh adanya kenaikan jumlah leukosit dan rata-rata sedimentasi eritrosit.
- b. Pemeriksaan Herniogram: dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritoneum guna melihat apakah ada tonjolan atau kantung yang tidak simetris pada area inguinal.
- c. USG (*Ultrasonografi*) dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): pemeriksaan yang dapat mengidentifikasi letak dari regio inguinal dan memberikan gambaran statis yang dapat mendeteksi hernia inguinalis.

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

- a. Pemeriksaan *fingers test* dilakukan dengan cara memasukkan salah satu jari melalui skrotum menuju kanalis inguinalis. Apabila terdapat benjolan yang menyentuh ujung jari, maka dapat dianggap sebagai hernia inguinalis.
- b. Pemeriksaan *ziemen test* dilakukan dengan cara manipulasi penekanan intraabdomen. Jika terdapat menjolan yang menyentuh jari kedua, maka dianggap sebagai hernia inguinalis lateral. Jika benjolan menyentuh jari ketiga, dapat dianggap hernia inguinalis medial dan

apabil menyemtuh jari keempat, maka akan dianggap sebagai hernia femoralis.

- c. Pemeriksaan *thumb test* dilakukan dengan menekan bagian anulus internis dengan jari pertama, apabila benjolan keluar maka akan dianggap sebagaai hernia inguinalis medialis. Sebaliknya, jika benjolan tidak keluar, maka dianggap sebagai hernia inguinalis lateralis.

9. Penatalaksanaan

Menurut Meliani, R & Dytho (2023) dan Wahid et al. (2019), ada dua jenis penanganan pada hernia, yaitu:

- a. Konservatif (Townsend CM)
 - 1) Reposisi merupakan prosedur yang dilakukan untuk mengembalikan si hernia ke dalam perut. Teknik ini dilakukan dengan menggunakan kedua tangan, di mana tangan kiri membentuk corong dan tangan kanan mendorong cincin hernia agar isi hernia dapat kembali ke posisi semula. Tindakan ini tidak dianjurkan pada hernia inguinalis strangulasi pada anak-anak.
 - 2) Suntikan, dilakukan dengan cara menyuntikan cairan sklerotik pada daerah sekitar hernia yang bertujuan untuk memperkecil pintu hernia.
 - 3) Sabuk hernia, dilakukan pada penderita yang memiliki pintu hernia relatif kecil dan pada penderita yang menolak tindakan operasi.

b. Tindakan Operatif

1) Herniotomy

Herniotomy merupakan tindakan pembebasan kantung hernia dimana kantung hernia di buka untuk memastikan isi dari kantung hernia tersebut. Setelah kantung hernia dibuka, masukkan kembali isi hernia ke dalam rongga perut dan ikat serta potong kantung hernia. Herniotomy dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a) Tradisional (operasi terbuka)

Operasi akan diawali dengan pemberian anestesi. Setelah itu, dokter akan membuat sayatan pada area hernia untuk menemukan kantung hernia, mengembalikan isi kantung ke posisi semula, lalu membuang kantung hernia tersebut. Proses operasi akan selesai setelah luka dijahit.

b) Laparoscopi

Pada prosedur operasi dengan metode laparoscopi ini kantung hernia juga akan diangkat. Namun, dalam prosedur ini dibuat sayatan sebanyak 3-4 dengan ukuran kecil, sekitar 0,5-1 cm untuk memasukkan instrumen operasi dan kamera.

2) Hernioplasty

Hernioplasty adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mencegah hernia berulang dengan mengecilkan cincin inguinalis serta memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

3) Hernioraphy

Hernioraphy adalah metode operasi yang dilakukan untuk memperbaiki hernia dengan cara menjahit kembali otot atau ligamen yang melemah pada dinding abdomen setelah kantung hernia dibuang dan isi hernia dikembalikan ke tempat semula. Prosedur ini bertujuan untuk menutup lubang atau celah pada dinding abdomen dan memperkuat dinding abdomen. Operasi ini biasanya dilakukan dengan anestesi umum atau lokal melalui sayatan di daerah selangkangan atau perut dekat lipatan paha.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis, ilmiah dan terorganisir yang digunakan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Proses keperawatan ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia dimulai dari proses pengkajian (terdiri dari pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), penegakkan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan (Ridwan, 2024).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dari pasien di rumah sakit. Data yang diperoleh berupa data subjektif (data yang didapatkan melalui wawancara pada pasien, keluarga pasien atau orang terdekat pasien) dan data objektif (data yang didapatkan melalui observasi

atau pemeriksaan langsung pewart pada pasien, data ini ditemukan secara nyata pada pasien).

a. Anamnesa

1) Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, agama, alamat, nomor rekam medis, diagnosa medis dan tanggal masuk rumah sakit. Hernia inguinalis dapat menyerang berbagai usia dan jenis kelamin. Namun, biasanya sering terjadi pada klien dengan jenis kelamin laki-laki dengan rata-rata usia diatas 40-59 tahun.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama yang dirasakan yaitu nyeri akut yang disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang riwayat dan kronologi terjadinya penyakit. Pada pasien post operasi hernia juga akan merasakan nyeri akibat pembedahan, mual kadang disertai muntah, keterbatasan gerak akibat nyeri pada area operasi.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengkaji latar belakang pasien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor terjadinya hernia seperti riwayat bekerja

mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular, riwayat operasi atau tindakan medis sebelumnya.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama atau riwayat penyakit keturunan yang berkaitan dengan hernia.

6) Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang berhubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit klien.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi kondisi klien, tingkat kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. Biasanya klien post operasi mengalami kelemahan dan tingkat kesadaran composmentis.

2) Sistem Pernapasan

Kaji adanya gangguan pada pola napas klien, biasanya klien post operasi hernia pernapasan sedikit terganggu akibat efek anestesi yang diberikan di ruang bedah atau akibat dari nyeri yang dirasakan.

3) Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada permukaan jantung, tekanan darah dan frekuensi nadi. Biasanya

konjungtiva tidak anemis, tidak ada peningkatan JPV, terjadi peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi akibat nyeri.

4) Sistem Pencernaan

Pada klien post hernioraphy biasanya mual akibat efek anestesi, sudah tidak ada benjolan pada abdomen, biasanya terdapat nyeri tekan dan tidak ada distensi abdomen ataupun asites.

5) Sistem Muskuloskeletal

Biasanya penurunan kekuatan otot atau keterbatasan gerak akibat rasa nyeri pada luka operasi.

6) Sistem Integumen

Biasanya terdapat luka operasi dibagian daerah dekat selangkangan, dengan panjang luka 4-10 cm.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Persepsi

Pada pasien post hernioraphy terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat akibat kurangnya pengetahuan tentang dampak pascaoperasi. Hal ini menimbulkan persepsi negatif terhadap diri serta kecenderungan untuk tidak mematuhi anjuran perawatan dan pembatasan aktivitas, yang dapat memperlambat pemulihan dan meningkatkan risiko komplikasi.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Kaji pola makan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum atau saat sakit. Aspek yang perlu di kaji yaitu frekuensi

makan, jenis makanan, porsi makan yang dihabiskan serta keluhan yang berhubungan dengan nutrisi seperti mual dan muntah. Pada pasien post hernioraphy terkadang terdapat keluhan mual atau muntah.

3) Pola Eliminasi

Pola eliminasi mencakup BAB dan BAK, yang menggambarkan keadaan eliminasi pasien sebelum sakit sampai saat sakit. Aspek yang dikaji yaitu frekuensi, konsistensi, warna, bau, dan keluhan yang dirasakan seperti kesulitan dalam BAB atau BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas, apakah pasien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri atau memerlukan bantuan. Biasanya pasien post hernioraphy mengalami kelemahan dan keterbatasan dalam gerak sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

5) Pola Istirahat Tidur

Kaji kualitas tidur pasien saat sakit dan sebelum sakit. Biasanya akan mengalami istirahat tidak efektif akibat adanya nyeri di area operasi hernioraphy, sehingga pasien mengalami kesulitan untuk tidur.

6) Kognitif dan Persepsi

Kaji aspek kognitif, sensorik maupun motorik untuk mengetahui apakah ada perbedaan sebelum dan sesudah operasi. Biasanya pasien mengalami keluhan pusing dan penglihatan sedikit kabur.

7) Persepsi dan Konsep Diri

Adanya bekas luka operasi, nyeri dan keterbatasan aktivitas yang mempengaruhi rasa percaya diri dan harga diri pasien.

8) Peran Hubungan

Mengkaji hubungan antar keluarga dan pola interaksi sosial. Pasien hernia biasanya cenderung bersikap tertutup karena merasa malu dengan kondisi yang dialami.

9) Seksualitas

Kaji pola kepuasan dan ketidakpuasan pasien serta menggambarkan pola reproduksi. Pada pasien hernia akan sedikit mengalami perubahan pada tingkah kepuasan dan biasanya mengalami gangguan seksualitas.

10) Koping Toleransi

Mengkaji mengenai pola koping toleransi pada pasien, cara pasien menyelesaikan suatu masalah. Pada pasien hernia biasanya mengalami fase denial atau penyangkaan terhadap kondisinya.

11) Kepercayaan

Mengkaji nilai kepercayaan pasien, apakah ada penyimpangan yang terjadi. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi

tubuh dan luka bekas operasi tidak menjadi penghambat pasien dalam melaksanakan ibadah.

d. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan fisik teraba benjolan pada daerah dekat selangkangan, dan pemeriksaan USG (*Ultrasonografi*) dilakukan untuk mendeteksi keberadaan, jenis, lokasi, ukuran dan karakteristik hernia.

e. Analisa Data

Tabel 2. 1 Tabel Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh nyeri di area operasi b. Nyeri bertambah ketika bergerak c. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk DO: Biasanya: a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif c. Klien tampak gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur f. Tekanan darah meningkat g. Pola nafas berubah	Agen pencedera fisik tindakan hernioraphy ↓ Terputusnya kotinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓ Diterima oleh reseptor nyeri periper (<i>noci reseptors</i>) ↓ Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A ↓ Dorsal horn bagian posterior medula spinalis ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis ↓ Nyeri di persepsikan ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut (D.0077)

No	Symptom	Etiologi	Problem
2	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas b. Klien mengeluh nyeri saat bergerak c. Klien mengeluh enggan melakukan pergerakan d. Merasa cemas saat bergerak DO: Biasanya: a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Sendi kaku d. Gerakan tidak terkoordinasi e. Gerakan terbatas f. Fisik lemah	Agen pencedera fisik tindakan hernioraphy ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansi P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah ↓ Peningkatan permeabilitas cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓ Edema dan nyeri akut ↓ Penekanan pembuluh darah ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Keterbatasan gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh adanya luka bekas operasi b. Klien mengeluh adanya rembesan pada balutan luka DO: Biasanya: a. Tampak adanya luka operasi b. Adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor)	Hernioraphy ↓ Trauma jaringan ↓ Proses implamansi ↓ Masuknya mikroorganisme ↓ Risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)

No	Symptom	Etiologi	Problem
4	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh sulit melakukan perawatan diri DO: Biasanya: a. Tidak mampu mandi atau menggunakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri b. Perawatan diri dibantu keluarga	Hernioraphy ↓ Luka post op ↓ Kelemahan ↓ Aktivitas terganggu ↓ Gangguan mobilitas fisik ↓ ADL dibantu ↓ Defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post operasi hernioraphy adalah sebagai berikut:

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak
- Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invansif
- Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

3. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 2. 2 Tabel Perencanaan Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	(D.0077) Nyeri Akut	(L.08066) Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun	(I.08238) Manajemen Nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri	Observasi a. Untuk mengetahui secara spesifik dimana dan bagaimana nyeri dirasakan klien, serta sberapa sering dan berapa lama nyeri terjadi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
		b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Keluhan sulit tidur menurun f. Mual menurun g. Muntah menurun h. Nafsu makan meningkat i. Pola tidur meningkat	c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri e. Monitor efek samping penggunaan analgetik	b. Mengukur tingkat keparahan nyeri yang dirasakan klien secara objektif c. Memahami tingkat nyeri klien yang sulit diungkapkan secara verbal d. Menghindari pemicu nyeri, mengetahui faktor yang dapat mengurangi nyeri e. Mengetahui efek samping penggunaan analgetik
			Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan tang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Terapeutik a. Untuk mengurangi nyeri b. Mengurangi risiko faktor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri c. Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat tidur klien d. Memberikan strategi meredakan nyeri sesuai kebutuhan
			Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Edukasi a. Memberikan edukasi mengenai penyebab nyeri, kapan nyeri biasa muncul dan membantu klien dalam mengelola nyeri yang dirasakan klien b. Membantu klien mengatasi nyeri

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
			d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	c. Klien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi saat nyeri muncul d. Agar nyeri bisa berkurang e. Memudahkan klien untuk mengontrol nyeri tanpa menggunakan obat-obatan Kolaborasi a. Mengurangi nyeri yang dirasakan klien
2	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik	(L.05042) Mobilitas Fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitasi meningkat dengan kriteria hasil: a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kaku sendi menurun f. Gerakan terbatas menurun	(I.05173) Dukungan Mobilisasi Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Observasi a. Untuk mengetahui hambatan fisik yang dapat mengganggu mobilisasi dan mencegah komplikasi akibat nyeri saat bergerak b. Agar dapat menyesuaikan aktivitas mobilisasi sesuai kemampuan klien c. Mengetahui perubahan frekuensi jantung dan tekanan darah d. Untuk memastikan keamanan dan kenyamanan klin saat bergerak Terapeutik a. Memberikan dukungan dan rasa aman klien saat bergerak sehingga mengurangi risiko jatuh dan memperlancar mobilisasi b. Untuk mendukung atau mempercepat proses penyembuhan c. Untuk mempermudah klien dalam

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
				meningkatkan pergerakan
			Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Edukasi a. Untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan terhadap proses mobilisasi b. Untuk mempercepat proses penyembuhan c. Untuk mempercepat proses penyembuhan
3	(D.0142) Risiko Infeksi	(L.14137) Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. kemerahan menurun c. nyeri menurun d. bengkak menurun	(I.14564) Perawatan Luka Observasi a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu c. Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan d. Bersihkan jaringan nekrotik e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu f. Pasang balutan sesuai jenis luka g. Pertahankan teknik sterik saat melakukan perawatan luka h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase i. Jadwalkan perubahan posisi	Observasi a. Untuk mengetahui kondisi luka b. Mencegah penyebaran infeksi Terapeutik a. Menghindari trauma pada jaringan luka dan menguramgi rasa sakit b. Untuk menjaga kesterilan c. Membersihkan luka dari kotoran, bakteri dan kotoran d. Untuk membersihkan jaringan nekrotik e. Untuk mempercepat proses penyembuhan f. Agar luka tidak terkontaminasi g. Mencegah pintu masuknya kuman h. Untuk mencegah infeksi i. Agar luka tidak parah j. Untuk mempercepat penyembuhan luka k. Untuk menunjang kesembuhan l. Untuk mencegah terjadinya infeksi

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
			setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien j. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari k. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino, jika perlu) l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi a. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	Edukasi a. Untuk mengetahui tanda gejala infeksi b. Untuk mempercepat proses penyembuhan c. Agar dapat melakukan perawatan luka sendiri Kolaborasi a. Untuk mempercepat proses penyembuhan b. Untuk mencegah terjadinya infeksi
4	(D.0109) Defisit Perawatan Diri	(L.11103) Perawatan Diri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: a. Kemampuan mandi meningkat b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat c. Kemampuan makan meningkat	(L.11348) Dukungan Perawatan Diri Observasi a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	Observasi a. Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien b. Untuk dapat mengetahui tingkat kemandirian klien terhadap perawatan diri c. Untuk membantu mempermudah aktivitas sehari-har

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
		d. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat f. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) b. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun) c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Terapeutik a. Untuk mendukung proses penyembuhan dan kenyamanan klien b. Untuk mempermudah dalam melakukan perawatan diri c. Untuk membantu klien yang kesulitan melakukan perawatan diri d. Untuk meningkatkan kerjasama klien dalam menjalani perawatan e. Untuk mendukung proses pemulihan secara optimal f. Untuk membentuk kebiasaan yang konsisten yang dapat meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri Edukasi a. Untuk meningkatkan kemandirian dan mempercepat proses kesembuhan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses asuhan keperawatan, di mana perawat melaksanakan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi (Ridwan, 2024).

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien mencapai tujuan perawatan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan membantu klien dalam mengelola stres dan adaptasi dengan baik. Perencanaan keperawatan dapat berjalan dengan efektif apabila klien memiliki motivasi untuk aktif dalam proses implementasi asuhan keperawatan (Ridwan, 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Evaluasi formatif, yaitu hasil pengamatan dan analisis perawat terhadap respon klien secara langsung saat dan setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif, yaitu rangkuman dan kesimpulan dari pengamatan serta analisis kondisi kesehatan klien pada waktu tertentu yang dicatat dalam catatan perkembangan.

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yang meliputi:

- S (*Subjective*) : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- O (*Objektive*) : Respons objektif klien terhadap tindakan keperawatan.
- A (*Assesment*) : Analisis ulang data subjektif dan objektif untuk menentukan apakah masalah masih ada, muncul masalah baru, atau terdapat data yang bertentangan dengan masalah sebelumnya.
- P (*Planning*) : Perencanaan tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respon klien.
- I (*Implementasi*) : Implementasi
- E (*Evaluasi*) : Evaluasi
- R (*Reassessment*) : Pengkajian ulang

Evaluasi keperawatan adalah proses penilaian terhadap tindakan yang telah dilakukan untuk memastikan kebutuhan klien sudah terpenuhi secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Ridwan, 2024).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama	: Tn. S
Umur	: 78 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Petani
Pendidikan terakhir	: SD
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Sangkli RT 02/ RW01 Des. Nanjungjaya Badrek
No. RM	: 000241343
Diagnosa medis	: Post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis
Tanggal masuk	: 28 April 2025
Tanggal operasi	: 28 April 2025
Tanggal pengkajian	: 29 April 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. C
Umur	: 41 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Kp. Sangkli RT 02/ R01 Des. Nanjungjaya Badrek
Hubungan dengan pasien	: Anak

b. Riwayat Kesehatan**1) Keluhan Utama**

Klien mengeluh nyeri pada luka operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 29 April 2025 pukul 08.00 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka post operasi. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika diposisikan secara anatomis. Nyeri dirasakan hanya pada luka operasi saja di daerah dekat selangkangan sebelah kiri, dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasakan tidak menyebar, nyeri dirasakan hilang timbul dan terkadang muncul pada saat pagi dan sore hari serta klien tampak meringis.

Berdasarkan hasil pengkajian juga, klien mengeluh kesulitan dalam melakukan pergerakan karena nyeri pada luka operasi, sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitasnya. Selain itu, klien juga mengeluh nyeri dan ada sedikit rembesan darah pada balutan luka operasi di daerah dekat selangkangan sebelah kiri dengan panjang luka jahitan 8 cm, sedikit kemerahan, keluar sedikit pus, terasa sedikit hangat di area sekitar luka.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Berdasarkan hasil pengkajian, klien mengatakan sudah lama menderita penyakit hernia. Keluhan yang sering dirasakan saat itu

adalah terdapat benjolan di daerah dekat selangkangan sebelah kiri dan terasa nyeri ketika melakukan aktivitas. Keluhan itu muncul ketika klien masih bekerja sebagai petani yang mana salah satu aktivitasnya mengangkat hasil panen berupa padi dengan beban yang cukup berat. Keluarga klien juga mengatakan klien mempunyai riwayat operasi yang sama 2 tahun yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien. Klien juga mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, asma, penyakit jantung dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti tuberkulosis, hepatitis B, dan HIV/AIDS.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- a) Tingkat kesadaran : *Compos mentis*
- b) GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)
- c) Penampilan : Lemas
- d) Antropometri : BB : 52 Kg
TB : 160 Cm

2) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- Tekanan Darah : 130/80 mmHg
- Nadi : 88x/menit

Respirasi	: 20x/menit
Suhu	: 36,5°C
SPO2	: 99%

3) Pemeriksaan fisik

a) Sistem Pencernaan

Bibir klien tampak simetris, mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan dan sedikit gelap, gigi tidak lengkap, klien tidak menggunakan kawat gigi, gigi tampak bersih, tidak ada perdarahan pada gusi dan gigi, bentuk abdomen datar, tidak ada masa atau benjolan. Bising usus normal 12x/menit, tidak ada hipoaktif atau hiperaktif. Terdengar bunyi timpani pada perkusi. Terdapat nyeri tekan di daerah luka post operasi hernioraphy di perut kiri bawah dekat selangkangan.

b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, bentuk dada klien *normo chest*, pergerakan dada simetris, tidak terdapat retraksi interkosta, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas. Tidak terdapat nyeri tekan pada dinding toraks, pengembangan dan pengempisan kedua rongga dada simetris, tidak terdengar adanya krepitasi dinding dada. Bunyi sonor pada seluruh lapang paru. Suara napas vesikuler, tidak terdapat suara napas

tambahan seperti ronkhi maupun wheezing pada semua lapang paru.

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis dan nadi radialis teraba kuat, irama reguler, akral hangat, CRT (*capillary refilling time*) <2 detik. Perkusi jantung terdengar redup, bunyi jantung murni regular (S1-S2).

d) Sistem Persyarafan

(1) Nervus I (*Olvactorius*)

Fungsi olvactorius normal terbukti klien dapat membedakan bau-bauan seperti minyak kayu putih dan parfum.

(2) Nervus II (*Optikus*)

Fungsi penglihatan baik, dibuktikan dengan klien dapat membaca papan nama perawat pada jarak kurang lebih 30 cm.

(3) Nervus III (*Okulomotorius*)

Nervus okulomotorius normal, pupil isokor dibuktikan dengan saat diberi rangsangan cahaya pupil *miosis* dengan diameter pupil 3 mm.

(4) Nervus IV (*Troclearis*)

Nervus troclearis normal dibuktikan dengan klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan ke bawah.

(5) Nervus V (*Abdusen*)

Nervus abducent normal dibuktikan dengan klien dapat menggerakkan bola matanya ke samping kiri dan samping kanan.

(6) Nervus VI (*Trigeminus*)

Nervus trigeminus normal dibuktikan dengan sensoris pada wajah klien normal, klien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, klien dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (*Facialis*)

Nervus facialis normal terbukti klien dapat mengerutkan dahi, menggerakkan alis dan wajah klien simetris ketika tersenyum. Klien bisa membedakan rasa manis, asam, asin pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII (*Vestibulococlear*)

Nervus vestibulococlear normal terbukti klien dapat mendengar bisikan dari perawat dan detakan jarum jam pada jarak 30 cm.

(9) Nervus IX (*Glossopharyngeus*)

Nervus glossopharyngeus normal terbukti refleks menelan baik.

(10) Nervus X (*Vagus*)

Nervus vagus normal terbukti klien dapat merasakan rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah, dan refleks muntah (*gag reflex*) klien baik.

(11) Nervus XI (*Accesorius*)

Nervus accesorius normal terbukti klien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh ke kiri dan ke ke kanan serta menggerakkan bahunya.

(12) Nervus XII (*Hipoglassus*)

Nervus hipoglassus normal terbukti klien dapat menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

e) Sistem Perkemihan

Tidak terpasang kateter, kandung kemih teraba kosong, tidak teraba adanya masa lunak dan tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih, tidak terdapat nyeri ketuk pada area *costae vertebral angel (CVA)*, saat di auskultasi arteri renalis tidak terdengar *bruit sign*.

f) Sistem Integumen

Distribusi rambut merata, warna rambut putih, tekstur rambut halus, tidak ada lesi pada kulit wajah, warna dasar kuku transparan, bentuk kuku cembung, kuku tampak bersih, tidak terdapat *clubbing finger*, warna kulit sawo matang, kulit teraba hangat, turgor kulit elastis dapat kembali dalam 2 detik, terdapat

luka bekas operasi pada daerah selangkangan sebelah kiri. Panjang luka 8 cm, luka tampak sedikit kemerahan, terdapat sedikit rembesan darah pada balutan luka, terdapat sedikit pus. Jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat.

g) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Pada ekstremitas atas, bentuk tangan kanan dan kiri klien simetris, jumlah jari tangan lengkap, tidak ada lesi, pergerakan bebas, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, terpasang infus Ringer Laktat pada tangan kanan 20 tpm, kekuatan otot 5, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema ekstremitas atas.

(2) Ekstremitas Bawah

Pada ekstremitas bawah tidak terdapat lesi, bentuk kaki kanan dan kiri simetris, jumlah jari kaki lengkap, pergerakan terbatas, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak terdapat atrofi, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema atau varises, kekuatan otot 4.

(3) Kekuatan Otot

Pada pemeriksaan ekstremitas atas didapatkan kekuatan otot 5 pada tangan kanan dan kiri sedangkan pergerakan

ekstremitas bawah terbatas dengan kaki kanan dan kiri di dapatkan kekuatan otot 4.

5	5
4	4

h) Sistem Pengindraan

(1) Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris antara kanan dan kiri, keadaan mata bersih, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, reflek pupil baik terbukti saat diberi cahaya pupil *miosis*, lensa mata sedikit keruh, kemampuan melihat baik terbukti dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm dan tidak ada nyeri tekan.

(2) Pendengaran

Bentuk dan letak telinga simetris antara kanan dan kiri, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran tulang mastoid, fungsi pendengaran baik, klien dapat mendengar bisikan perawat pada jarak 30 cm, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga, tidak ada nyeri tekan.

(3) Penciuman

Keadaan hidung bersih, tidak terdapat sputum, fungsi penciuman baik terbukti dengan klien dapat membedakan bau kayu putih dan parfum.

i) Sistem Endokrin

Tidak tampak adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan pada leher.

f. Data Psikologis

1) Status Emosi

Status emosi klien stabil, klien tampak tenang dan kooperatif saat dilakukan wawancara oleh perawat.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh/ *Body Image*

Klien menyukai seluruh anggota tubuhnya. Klien juga mengatakan bahwa seluruh anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT.

b) Identitas dan Peran Diri

Saat dikaji klien mengatakan dirinya bernama Tn. S, berusia 78 tahun, berjenis kelamin laki-laki, klien mempunyai seorang istri bernama Ny. T dan klien mempunyai 2 orang anak. Dalam keluarganya, klien berperan sebagai seorang suami dan seorang ayah.

c) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang di deritanya sekarang dan ingin cepat pulang dan menjalani aktivitasnya seperti biasa.

d) Harga Diri

Klien mengatakan tidak merasa malu ataupun rendah diri terhadap kondisinya saat ini. Klien menerima keadaan dirinya dengan segala kelebihan dan kekurangannya.

3) Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika dirinya mempunyai masalah, klien selalu menceritakannya kepada istri dan anaknya.

4) Tingkat Kecemasan

Saat dikaji, klien tampak tenang dan mampu menerima kondisinya dengan baik. Meskipun mengalami kesulitan dalam aktivitas sehari-hari akibat kondisi kesehatan, klien tidak menunjukkan kecemasan yang berarti.

g. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Klien mampu berinteraksi dan berhubungan baik dengan dokter, perawat, mahasiswa dan pasien lain. Saat dilakukan pengkajian dan tindakan keperawatan, klien dapat berinteraksi dengan baik dan terbuka, klien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya Komunikasi

Klien berbicara cukup jelas, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa sunda. Klien mampu berkomunikasi baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien lain.

h. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Klien mengatakan dirinya beragama Islam dan meyakini adanya Allah SWT. Klien juga mengatakan bahwa kondisi yang di alaminya saat ini merupakan ujian dari Allah SWT dan klien yakin bahwa setiap ujian akan berakhir.

2) *Sense of Trasendence*

Klien mengatakan bahwa melalui penyakit yang sedang dialaminya sekarang, Tn. S semakin menyadari bahwa Allah SWT Maha Kuasa. Klien mengatakan hanya kepada Allah SWT klien berdo'a memohon kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Klien juga mengatakan hanya bisa berusaha dan berdoa untuk kesembuhannya, dan selebihnya menyerahkan kepada Sang Maha Kuasa.

3) Falsafah Hidup

Klien percaya terhadap adanya kondisi sakit dan sehat, karena itu merupakan ketentuan yang telah di atur oleh Sang Maha Kuasa.

i. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-Hari

No.	Jenis Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Pola Nutrisi :		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi, lauk pauk	Bubur
	Frekuensi	3x/ hari	3x/hari
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	b. Minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	Sering	Sering
	Jumlah	5-6 gelas	5 gelas
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	2x/hari	-
	Konsistensi	Lembek	-
	Warna	Khas feses	-
	Bau	Khas feses	-
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ingin BAB
	Cara	Mandiri	-
	b. BAK		
	Frekuensi	4-5x/hari	4x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu (pampers)
3	Pola Istirahat Tidur		
	a. Tidur siang		
	Waktu	2 jam/hari	2 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Tidur malam		
	Waktu	7-8 jam/hari	7-8 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
4	Peronal Hygiene		
	a. Mandi	2x/hari	Washlap 1x/hari
	b. Gosok gigi	2x/hari	1x/hari
	c. Keramas	1x/2 hari	-
	d. Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
	e. Cara	Mandiri	Dibantu

j. Pemeriksaan Penunjang

Nama Pasien : Tn. S
 Tanggal Lahir : 01 Oktober 1947
 Tanggal Pemeriksaan : 28 April 2025
 No. Rekamedis : 000241343

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	14,4	14-18	gr/dl
Leukosit	8.500	4.000-10.000	/mm ³
Trombosit	159.000	150.000-450.000	/mm ³
Hematokrit	47,8	35-45	%
Golongan Darah			
Bleeding Time	1'00"	1-3 menit	Menit
Clothing Time	6'00"	5-15 menit	
KIMIA DARAH			
Gula Darah Sewaktu	85	100-140	mg/dl
Ureum	28	11-55	mg/dl
Creatinin	0,89	0,9-1,3	mg/dl

k. Terapi Medis

Tabel 3. 3 Program Terapi

No	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Efek Farmakologi
1	Ringer Laktat IV 500 ml	20 tpm	Intra vena	Cairan parenteral
2	Ranitidin	2x1 amp	Intra vena	Antiemetik
3	Ketorolac	2x1 amp	Intra vena	Analgetik
4	Cebactam	1x1 gram	Intra vena	Antibiotik

l. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	DS : a. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi hernioraphy b. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika	Agen pencedera fisik tindakan hernioraphy ↓ Terputusnya kotinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓	Nyeri Akut (D.0077)

No	Symptom	Etiologi	Problem
	diposisikan secara anatomis c. Nyeri terasa hanya pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri dan dirasakan tidak menyebar d. Skala nyeri 6 (0-10) e. Nyeri dirasakan hilang timbul dan terkadang muncul pada saat pagi dan sore hari DO : a. Klien tampak meringis b. Tampak luka post hernioraphy sepanjang 8 cm c. Skala 6 (0-10) d. Terdapat nyeri tekan e. Tekanan darah: 130/80 mmHg f. Nadi : 88x/menit g. Suhu : 36,5°C h. Respirasi: 20x/menit i. SPO2 : 99%	Diterima oleh reseptor nyeri periper (<i>nociceptors</i>) ↓ Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A ↓ Dorsal horn bagian posterior medula spinalis ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis ↓ Nyeri di persepsikan ↓ Nyeri akut	
2	DS : a. Klien mengatakan kesulitan untuk melakukan pergerakan karena rasa nyeri pada luka post operasi b. Klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu keluarga DO : a. Klien tampak lemah b. Terdapat luka post operasi hernioraphy pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri c. Terdapat nyeri tekan d. Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya e. Kekuatan otot ekstremitas bawah klien menurun, dengan kekuatan 4 f. Rentang gerak (ROM) kaki kanan dan kaki kiri terbatas	Agensi pencedera fisik tindakan hernioraphy ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansi P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah Peningkatan permeabilitas cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓ Edema dan nyeri akut ↓ Penekanan pembuluh darah ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Keterbatasan gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

No	Symptom	Etiologi	Problem				
	g. Skala kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4		
5	5						
4	4						
3	DS : a. Klien mengatakan ada sedikit rembesan darah pada balutan luka post operasi disertai nyeri, sedikit kemerahan, keluar sedikit pus dan terasa hangat di daerah sekitar luka DO : a. Tampak luka post hernioraphy di daerah selangkangan sebelah kiri b. Panjang luka 8 cm c. Tampak sedikit rembesan darah, luka sedikit kemerahan, keluar sedikit pus d. Teraba hangat di daerah sekitar luka e. Jahitan lengkap, tidak ada yang terputus f. Leukosit 8.500 /mm ³	Agen pencedera fisik tindakan hernioraphy ↓ Terputusnya kotinuitas jaringan ↓ Pintu masuk kuman ↓ Risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)				

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi hernioraphy
- 2) Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika diposisikan secara anatomis
- 3) Nyeri terasa hanya pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri dan dirasakan tidak menyebar
- 4) Skala nyeri 6 (0-10)

- 5) Nyeri dirasakan hilang timbul dan terkadang muncul pada saat pagi dan sore hari

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Tampak luka post hernioraphy sepanjang 8 cm
- 3) Skala 6 (0-10)
- 4) Terdapat nyeri tekan
- 5) Tekanan darah: 130/80 mmHg
- 6) Nadi: 88x/menit
- 7) Suhu: 36,5°C
- 8) Respirasi: 20x/menit
- 9) SPO2: 99%

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan kesulitan untuk melakukan pergerakan karena rasa nyeri pada luka post operasi
- 2) Klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu keluarga

DO:

- 1) Klien tampak lemah
- 2) Terdapat luka post operasi hernioraphy pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri
- 3) Terdapat nyeri tekan

- 4) Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya
- 5) Kekuatan otot ekstremitas bawah klien menurun, dengan kekuatan 4
- 6) Rentang gerak (ROM) kaki kanan dan kaki kiri terbatas
- 7) Skala kekuatan otot :

5	5
4	4

c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan terdapat sedikit rembesan darah pada balutan luka post operasi disertai nyeri, sedikit kemerahan, keluar sedikit pus dan terasa hangat di daerah sekitar luka

DO:

- 1) Tampak luka post hernioraphy di daerah selangkangan sebelah kiri
- 2) Panjang luka 8 cm
- 3) Tampak sedikit rembesan darah, luka sedikit kemerahan, keluar sedikit pus
- 4) Teraba hangat di daerah sekitar luka
- 5) Jahitan lengkap, tidak ada yang terputus
- 6) Leukosit $8.500/\text{mm}^3$

3. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Nama : Tn. S
 Umur : 78 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Dainosa Medis : Post Hernioraphy atas Indikasi
 Hernia Inguinalis Lateralis

No. RM : 000241343
 Tanggal Masuk : 28 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 29 April 2025
 Ruang : Tulip

Tabel 3. 5 Perencanaan Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
1	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan DS : a. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi hernioraphy b. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika diposisikan secara anatomis c. Nyeri terasa hanya pada daerah dekat selangkangan sebelah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri berkurang b. Tidak tampak meringis c. Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 2 d. Tidak terdapat nyeri tekan pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri e. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD Sistol : 110-120 mmHg TD Diastole : 80-90 mmHg Nadi : 80-100 x/menit Suhu : 36,5-37,5 °C	I.08238 Manajemen Nyeri Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri pada klien Terapeutik 3. Berikan obat sesuai program terapi dokter Ketorolac 2x1 ampul IV Ranitidine 2x1 ampul IV Edukasi 4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya komplikasi dini dari respon nyeri 2. Mengukur tingkat keparahan nyeri yang dirasakan klien secara objektif Terapeutik 3. Keterolac mempunyai efek untuk memblokir nyeri di medulla spinalis dan ranitidine bekerja untuk menurunkan sekresi asam lambung Edukasi 4. Dengan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam diharapkan klien tidak berfokus terhadap nyeri dan nyeri dapat berkurang

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
	kiri dan dirasakan tidak menyebar d. Skala nyeri 6 (0-10) e. Nyeri dirasakan hilang timbul dan terkadang muncul pada saat pagi dan sore hari DO : a. Klien tampak meringis b. Tampak luka post hernioraphy sepanjang 8 cm c. Skala 6 (0-10) d. Terdapat nyeri tekan e. Tekanan darah 130/80 mmHg f. Nadi : 88x/menit g. Suhu : 36,5°C h. Respirasi: 20x/menit i. SPO2 : 99%		5. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang manfaat teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian analgetik lain, jika perlu	5. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga klien tentang penanganan nyeri Kolaborasi 6. Untuk meredakan nyeri yang dirasakan klien
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan keterbatasan gerak akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan: DS: a. Klien mengatakan kesulitan untuk melakukan pergerakan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : a. Klien dapat melakukan pergerakan secara bertahap b. Pergerakan ekstremitas meningkat	I.05173 Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi dini Terapeutik 2. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan	Observasi 1. Untuk mengetahui keadaan umum klien saat melakukan mobilisasi dini Terapeutik 2. Untuk mempermudah klien dalam meningkatkan pergerakan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
	karena rasa nyeri pada luka post operasi	c. Kekuatan otot ekstremitas bawah meningkat dari 4 menjadi 5	3. Lakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur	3. Latihan rentang gerak bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, mencegah atrofi, mencegah kekakuan pada sendi serta mempercepat proses penyembuhan
	b. Klien mengatakan aktivitasnya perlu dibantu orang lain	d. Nyeri saat bergerak berkurang	4. Bantu aktivitas sehari-hari	4. Untuk mendukung kemandirian, mempercepat proses pemulihan, dan mencegah risiko jatuh
	DO :	e. Rentang gerak (ROM) meningkat		
	a. Klien tampak lemah	f. Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Edukasi	Edukasi
	b. Terdapat luka post operasi hernioraphy pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri		5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga klien	5. Agar klien dan keluarga klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi dini
	c. Terdapat nyeri tekan		6. Ajarkan klien dan keluarga klien cara mobilisasi sederhana, misalnya duduk di tempat tidur, miring ke kanan dan ke kiri	6. Agar klien dapat melakukan mobilisasi secara mandiri dibantu oleh keluarga
	d. Klien tampak dibantu dalam sebagian aktivitasnya			
	e. Kekuatan otot ekstremitas bawah klien menurun, dengan kekuatan 4			
	f. Rentang gerak (ROM) kaki kanan dan kaki kiri terbatas			
	g. Skala kekuatan otot :			
	5 5			
	4 4			

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
3	Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan: DS: - Klien mengatakan terdapat sedikit rembesan darah pada balutan luka post operasi disertai nyeri, sedikit kemerahan, keluar sedikit pus dan hangat di daerah sekitar luka DO: - Tampak luka post hernioraphy di daerah selangkangan sebelah kiri - Panjang luka 8 cm - Tampak sedikit rembesan darah, luka sedikit kemerahan, keluar sedikit pus - Teraba hangat di daerah sekitar luka - Jahitan lengkap, tidak ada yang terputus - Leukosit 8.500 /mm³	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : - Tidak ada kemerahan - Tidak ada pus - Tidak ada rembesan darah pada balutan luka - Nyeri berkurang - Suhu kulit sekitar luka menurun - Jahitan luka lengkap, tidak ada yang terputus	I.14564 Perawatan Luka Observasi - Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor fase penyembuhan luka Terapeutik - Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril - Berikan antibiotik sesuai program terapi dokter Cebactam 1x1 gram Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka - Ajarkan cara perawatan luka secara mandiri - Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein	Observasi - Untuk mengetahui kondisi luka - Mencegah mendeteksi dini adanya infeksi Terapeutik - Mencegah masuknya kuman dan infeksi baru yang dapat memperburuk kondisi luka - Untuk mengatasi infeksi bakteri dan menghambat pertumbuhan bakteri Edukasi - Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tanda awal terjadinya infeksi - Meningkatkan kemandirian pasien dalam merawat luka dan mencegah komplikasi dengan perawatan luka yang benar - Makanan tinggi kalori dan protein dapat mempercepat proses pembentukan jaringan baru dan mempercepat penyembuhan luka

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Tn. S
 Umur : 78 tahun
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Dainosa Medis : Post Hernioraphy atas Indikasi
 Hernia Inguinalis Lateralis

No. RM : 000241343
 Tanggal Masuk : 28 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 29 April 2025
 Ruang : Tulip

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
1	Nyeri Akut (D.0077)	POD I Selasa, 29 April 2025 08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 88x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99% 2. Memonitor skala nyeri pada klien Hasil: Skala nyeri 6 (0-10) 3. Memberikan obat sesuai dengan program terapi dokter Hasil: Obat masuk diberikan secara intravena. Keterolac 2x1 ampul dan ranitidine 2x1 amp 4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam) Hasil: Klien mengatakan sudah mengerti dengan teknik yang sudah diajarkan dan akan mencobanya lagi saat nyeri dirasakan	09.00 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri dibagian luka post operasi hernioraphy berkurang 2. Klien mengatakan sudah mengerti dengan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan O : 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Klien tampak mengikuti anjuran melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Klien diberi obat pereda nyeri ketorolac 2x1 amp 5. TD : 130/80 mmHg N : 88x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99% A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD				
			5. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang manfaat teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) Hasil: Klien dan keluarga sudah paham tentang manfaat relaksasi napas dalam yang diberikan 6. Berkolaborasi pemberian analgetik lain, jika perlu Hasil: Klien tidak mengeluh nyeri yang sangat hebat, sehingga tidak diberikan analgetik lain	P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri 3. Berikan obat sesuai proram terapi dokter 4. Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) yang sudah di ajarkan					
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	POD I Selasa, 29 April 2025 09.10 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak meringis ketika bergerak dan mengatakan nyeri saat menggerakkan kedua kakinya 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga klien bersedia membantu klien 3. Melakukan latihan rentang gerak ROM pasif dan aktif ditempat tidur Hasil: Klien mengatakan kaku pada persendian sudah berkurang, namun masih merasa nyeri ketika menggerakkan kedua kakinya 4. Membantu aktivitas sehari-hari Hasil: Klien masih lemah dan mengeluh nyeri saat bergerak, seperti saat berpindah posisi 5. Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi dini pada keluarga klien	10.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah bisa sedikit menggerakkan kakinya, tetapi masih merasakan nyeri 2. Klien mengatakan akan mencoba mobilisasi dini yang sudah diajarkan 3. Klien mengatakan kaku pada persendian berkurang O : 1. Keadaan umum klien lemah 2. Klien tampak bisa sedikit menggerakkan kakinya 3. Klien tampak meringis saat mencoba menggerakkan kaki nya 4. Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table>	5	5	4	4	 Nisa Fauziyyah
5	5								
4	4								

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hasil: Klien dan keluarga mengatakan mengerti dengan penjelasan mengenai tujuan prosedur mobilisasi dini 6. Mengajarkan klien dan keluarga klien cara mobilisasi sederhana misalnya duduk ditempat tidur, miring kanan dan miring kiri Hasil: Klien dan keluarga sudah mengerti cara mobilisasi dini yang sudah diajarkan dan akan mencobanya	A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi 2. Monitor kekuatan otot kaki klien 3. Lakukan ROM pasif dan aktif 4. Bantu aktivitas sehari-hari 5. Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi dini, seperti duduk, miring kanan dan miring kiri	
3	Risiko Infeksi (D.0142)	POD I Selasa, 29 April 2025 10.30 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Balutan luka sedikit rembes, keluar sedikit pus, panjang luka 8 cm, luka di dekat selangkangan sebelah kiri, kondisi luka bersih, warna dasar luka sedikit kemerahan 2. Memonitor fase penyembuhan luka Hasil: Terdapat sedikit kemerahan di sekitar luka, nyeri pada luka, area luka teraba sedikit hangat, tidak ada bengkak dan keluar sedikit pus 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril Hasil: Membuka balutan luka secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa steril dan plester 4. Memberikan antibiotik sesuai program terapi dokter	12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan terdapat luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri 2. Klien mengatakan luka operasi di daerah dekat selangkangan sebelah kiri masih terasa nyeri O : 1. Balutan luka sedikit rembes 2. Tidak ada perdarahan 3. Keluar sedikit pus 4. Kemerahan sekitar luka berkurang 5. Teraba hangat di area sekitar luka 6. Nyeri pada luka masih ada 7. Panjang luka 8 cm 8. Kondisi luka bersih, warna dasar luka sedikit kemerahan Terdapat luka post operasi hernia 9. Panjang luka 8 cm	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hasil: Obat masuk secara intravena Cebactam 1x1 gram 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka Hasil: Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dan paham mengenai tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan cara perawatan luka di rumah secara mandiri Hasil: Klien dan keluarga sudah mengerti dengan cara perawatan luka di rumah yang sudah diajarkan 7. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil: Klien dan keluarga sudah mengerti mengenai anjuran yang diberikan	10. Jumlah jahitan lengkap, tidak ada yang terputus A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah secara mandiri 5. Berikan antibiotik cebactam 1x1 gram IV	
1	Nyeri Akut (D.0077)	POD II Rabu, 30 April 2025 08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/80 mmHg N : 87x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99% 2. Memonitor skala nyeri pada klien Hasil: Skala nyeri 5 (0-10) 3. Memberikan obat sesuai program terapi dokter Hasil: Obat masuk diberikan secara intravena. Ketorolac 2x1 amp dan ranitidine 2x1 amp	08.30 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dari sebelumnya 2. Klien mengatakan selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam jika rasa nyeri muncul O : 1. Klien tampak sesekali meringis 2. Skala nyeri 4 (0-10) 3. Klien tampak selalu mengikuti anjuran melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeri muncul 4. Klien diberi obat pereda nyeri ketorolac 2x1 ampul 5. TD : 120/90 mmHg	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			4. Mengajarkan untuk melakukan teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) yang sudah di ajarkan Hasil: Klien mengatakan akan melakukan teknik mengatasi nyeri non farmakologis sesuai yang di ajarkan perawat	N : 89x/menit R : 21x/menit S : 36,6°C SPO2 : 99% A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri pada klien 3. Berikan obat sesuai proram terapi dokter 4. Anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas yang sudah di ajarkan	
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	POD II Rabu, 30 April 2025 09.10 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak sedikit lemah, klien tampak tidak terlalu meringis ketika menggerakkan tubuhnya, klien mengatakan nyeri ketika bergerak berkurang 2. Memonitor kekuatan otot kaki klien Hasil: Kekuatan otot meningkat dari 4 menjadi 5 3. Melakukan latihan ROM pasif dan aktif ditempat tidur Hasil: Klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan di tempat tidur, namun masih merasa sedikit nyeri ketika menggerakkan seluruh badanya 4. Membantu aktivitas sehari-hari Hasil:	10.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan kaki dan tubuh nya sedikit demi sedikit 2. Klien mengatakan keluhan nyeri saat bergerak berkurang O : 1. Klien tampak sudah bisa menggerakkan kakinya sedikit 2. Klien tampak melakukan mobilisasi dini, yaitu duduk di tempat tidur dan miring kanan dan miring kiri dengan bantuan keluarga 3. Meringis saat melakukan pergerakan berkurang 4. Kekuatan otot klien meningkat dari 4 menjadi 5 A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Klien tidak tampak terlalu lemah dan masih mengeluh nyeri saat bergerak, seperti saat berpindah posisi 5. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi dini, seperti duduk, miring kanan dan miring kiri Hasil: Klien mampu duduk ditempat tidur dan miring ke kanan dan ke kiri dengan bantuan keluarga	1. Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi 2. Monitor kekuatan otot kaki klien 3. Lakukan latihan ROM pasif dan aktif 4. Bantu aktivitas sehari-hari 5. Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi dini, seperti duduk, miring kanan dan miring kiri dan berpindah dari tempat tidur ke kursi	
3	Risiko Infeksi (D.0142)	POD II Rabu, 30 April 2025 10.30 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Balutan luka sedikit rembes, tidak ada perdarahan, keluar sedikit pus, panjang luka 8 cm, luka di dekat selangkangan sebelah kiri, kondisi luka bersih, warna dasar luka sedikit kemerahan 2. Memonitor fase penyembuhan luka Hasil: Kemerahan sekitar luka berkurang, nyeri pada luka berkurang, area sekitar luka terasa hangat, tidak ada bengkak 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril Hasil: Membuka balutan luka secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa steril dan plester 4. Berikan antibiotik cefactam sesuai program terapi dokter	12.00 WIB S : 1. Klien mengatakan terdapat luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri 2. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang dari sebelumnya O : 1. Balutan luka tidak rembes 2. Tidak ada perdarahan 3. Kemerahan sekitar luka berkurang 4. Keluar sedikit pus 5. Area sekitar luka terasa hangat 6. Nyeri pada luka berkurang 7. Panjang luka 8 cm 8. Jahitan lengkap, tidak ada yang terputus 9. Keadaan luka bersih, warna dasar luka merah A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hasil: Obat Cebactam 1x1 gram diberikan secara intravena 5. Mengajarkan kembali cara merawat luka di rumah secara mandiri Hasil: Klien dan keluarga sudah mengerti tentang cara perawatan luka di rumah	2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah secara mandiri 5. Berikan antibiotik cebactam 1x1 gram IV	
1	Nyeri akut (D.0077)	POD III Kamis, 01 Mei 2025 08.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil: TD : 120/90 mmHg N : 89x/menit R : 21x/menit S : 36,6°C SPO2 : 99% 2. Memonitor skala nyeri pada klien Hasil: Skala nyeri 4 (0-10) 3. Memberikan obat sesuai proram terapi dokter Hasil: Obat ketorolac 2x1 amp dan ranitidine 2x1 amp diberikan secara intravena 4. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) yang sudah di ajarkan Hasil: Klien mengatakan setelah melakukan teknik kompres hangat dan relaksasi napas dalam nyeri berkurang	09.30 WIB S : 1. Klien mrngatakan nyeri terasa pada luka post operasi hernioraphy sudah berkurang 2. Klien mengatakan selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam jika nyeri muncul O : 1. Klien tidak tampak meringis 2. Skala nyeri 3 (0-10) 3. Klien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Klien diberi obat pereda nyeri ketorolac 2x1 ampul 5. TD : 130/80 mmHg N : 89x/menit R : 20x/menit S : 36,6°C SPO2 : 99% A : Masalah nyei akut terasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor skala nyeri pada klien	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
				3. Berikan obat sesuai proram terapi dokter 4. Anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas yang sudah di ajarkan	
2	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	POD III Kamis, 01 Mei 2025 09.10 WIB	1. Memonitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi Hasil: Klien tampak lebih segar, klien tampak tidak meringis ketika menggerakkan tubuhnya, klien mengatakan nyeri ketika bergerak sudah berkurang 2. Memonitor kekuatan otot kaki klien Hasil: Kekuatan otot klien meningkat dari 4 menjadi 5 3. Melakukan latihan ROM pasif dan aktif ditempat tidur Hasil: Klien mengatakan sudah bisa melakukan gerakan di tempat tidur, dan nyeri ketika bergerak sudah berkurang 4. Membantu aktivitas sehari-hari Hasil: Klien tampak mulai bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan nyeri saat bergerak sudah berkurang 5. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi dini, seperti duduk, miring kanan dan miring kiri dan berpindah dari tempat tidur ke kursi Hasil: Klien mampu melakukan mobilisasi dini, dari duduk di tempat tidur, miring kanan dan miring	10.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan tubuh dan kakinya 2. Klien mengatakan nyeri saat bergerak sudah berkurang O : 1. Klien bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi 2. Meringis saat menggerakkan kaki dan badanya berkurang 3. Skala kekuatan otot ekstremitas bawah 5 A : Gangguan mobilitas fisik teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi 2. Monitor kekuatan otot kaki klien 3. Lakukan latihan ROM pasif dan aktif 4. Bantu aktivitas sehari-hari 5. Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam mobilisasi dini, seperti duduk, miring kanan dan miring kiri dan berpindah dari tempat tidur ke kursi	 Nisa Fauziyyah

No	Diagnosa	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			kiri serta sudah mampu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi		
3	Risiko infeksi (D.0142)	POD III Kamis, 01 Mei 2025 10.30 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Tidak ada rembesan pada balutan luka, tidak ada perdarahan, tidak ada keluar pus, panjang luka 8 cm, luka di dekat selangkangan sebelah kiri, kondisi luka bersih, warna dasar luka sedikit kemerahan 2. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil: Tidak ada kemerahan pada luka, nyeri pada luka berkurang, area sekitar luka teraba hangat, tidak ada bengkak 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril Hasil: Membuka balutan luka secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa steril dan plester 4. Berikan antibiotik cefactam sesuai program terapi dokter Hasil: Obat Cefactam 1x1 gram diberikan secara intravena 5. Mengajarkan kembali cara merawat luka di rumah secara mandiri Hasil: Klien dan keluarga sudah mengerti tentang cara perawatan luka di rumah	12.00 WIB S : - Klien mengatakan terdapat luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang dari sebelumnya O : - Balutan luka tidak rembes - Tidak ada perdarahan - Kemerahan sekitar luka berkurang - Tidak keluar pus - Area sekitar luka teraba hangat - Nyeri pada luka berkurang - Panjang luka 8 cm - Jahitan lengkap, tidak ada yang terputus - Keadaan luka kering dan bersih, warna dasar luka merah A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor fase penyembuhan luka - Berikan perawatan luka dengan prinsip steril - Ajarkan kembali cara perawatan luka di rumah secara mandiri - Berikan antibiotik cefactam 1x1 gram IV	 Nisa Fauziyyah

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

No.	Diagnosa	Tanggal	Catatan Perkembangan	TTD
1	Nyeri Akut	Jum'at, 02 Mei 2025 09.00 WIB	S : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi hernioraphy sudah berkurang 2. Klien mengatakan selalu melakukan teknik non farmakologis yang diajarkan untuk mengurangi nyeri O : 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Klien tidak tampak meringis 3. TD : 120/80 mmHg N : 86x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 99% A : Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan	 Nisa Fauziyyah
2	Gangguan mobilitas fisik	Jum'at, 02 Mei 2025 09.30 WIB	S : 1. Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri, miring kanan dan miring kiri dan duduk ditempat tidur dan berpindah dari tempat tidur ke kursi 2. Klien mengatakan keluhan nyeri saat bergerak berkurang O : 1. Klien tampak bisa melakukan pergerakan secara mandiri 2. Klien tampak bisa miring kanan dan miring kiri dan duduk ditempat tidur 3. Klien tampak bisa berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi 4. Klien tampak melakukan aktivitasnya secara mandiri 5. Klien tidak tampak meringis saat melakukan pergerakan 6. Skala kekuatan otot 5 5 5 5 5 A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : Intervensi dihentikan	 Nisa Fauziyyah
3	Risiko infeksi	Jum'at, 02 Mei 2025 10.00 WIB	S : 1. Klien mengatakan terdapat luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri 2. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang	 Nisa Fauziyyah

No.	Diagnosa	Tanggal	Catatan Perkembangan	TTD
			O : 1. Balutan luka tidak rembes 2. Tidak ada perdarahan 3. Tampak tidak ada kemerahan di sekitar luka 4. Area luka teraba sedikit hangat 5. Terdapat luka operasi hernioraphy dengan panjang 8 cm di daerah selangkangan sebelah kiri 6. Kondisi luka tampak kering, kemerahan berkurang, tidak ada pus, jumlah jahitan lengkap tidak ada yang terputus A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna ukuran, bau) 2. Monitor fase penyembuhan luka 3. Berikan perawatan luka di rumah 4. Berikan antibiotik 5. Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah E : 1. Karakteristik luka 2. Tanda gejala infeksi	

B. Pembahasan

Penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut selama 3 (tiga) hari, yaitu dari tanggal 29 April 2025 s/d 01 Mei 2025. Dalam pemberian asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terbagi dalam 5 (lima) tahapan, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien. Selama melakukan asuhan keperawatan terdapat beberapa hal yang ditemukan persamaan dan perbedaan antara konsep teori dengan fakta dilapangan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan data klien bernama Tn. S berusia 78 tahun mengeluh nyeri pada luka post operasi hernioraphy, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri terasa berat ketika digerakkan dan berkurang ketika diposisikan secara anatomis, nyeri dirasakan hanya pada luka operasi di daerah dekat selangkangan sebelah kiri dan tidak menyebar, dengan skala nyeri sedang 6 (0-10) dan nyeri yang dirasakan hilang timbul, terkadang muncul pada pagi dan sore hari. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi napas 20x/menit, SPO2 99%.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, didapatkan luka post hernioraphy pada daerah dekat selangkangan sebelah kiri dengan panjang luka 8 cm, terdapat nyeri tekan, tampak sedikit rembesan pada balutan luka, kondisi luka tampak sedikit kemerahan, terdapat sedikit pus dan jumlah jahitan lengkap tidak ada yang terputus. Selain itu klien juga mengeluh sulit melakukan pergerakan karena nyeri pada luka operasi, sehingga aktivitas klien dibantu dan skala kekuatan otot 4.

Berdasarkan riwayat kesehatan dahulu, didapatkan hasil bahwa klien sudah lama menderita penyakit ini, keluhan yang dirasakan yaitu terdapat benjolan di dekat selangkangan sebelah kiri dan terasa nyeri ketika beraktivitas, keluhan itu muncul ketika klien masih bekerja sebagai petani yang mana salah satu aktivitasnya mengangkat hasil panen berupa padi dengan beban yang cukup berat. Klien juga mempunyai riwayat operasi yang sama 2 tahun yang lalu. Menurut kesehatan keluarga, tidak ada anggota keluarganya yang mempunyai penyakit yang serupa atau penyakit turunan atau menular.

Nyeri yang dirasakan pada klien dengan post hernioraphy merupakan respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Dalam hal ini cedera diakibatkan oleh trauma pembedahan yaitu tindakan hernioraphy. Terputusnya kontinuitas jaringan tersebut merangsang pengeluaran mediator nyeri seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin. Ketiga zat ini akan merangsang nosireseptor yang kemudian akan mengeluarkan

substansi pentida (SP). Reseptor nyeri ini diteruskan oleh reseptor nyeri delta A yang selanjutnya dihantarkan melalui traktus spinothalamus ke thalamus, lalu diinterpretasikan sebagai nyeri di korteks serebri sehingga nyeri dipersepsikan (Silbernagl & Lang 2000 dalam Bahrudin, 2018).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, dan neoplasma), agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotomh, mengangkat beban berat, prosedur operasi, trauma, serta latihan fisik berlebih). Tanda dan gejala mayor-minor nyeri akut meliputi; klien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (PPNI, 2017).

Gangguan mobilitas fisik pada Tn. S diakibatkan oleh adanya rasa nyeri akut pada luka post operasi yang menyebabkan ketidaknyamanan dan kesulitan untuk bergerak. Nyeri ini memicu respon protektif tubuh berupa kesulitan untuk agar tidak memperparah luka atau menimbulkan rasa sakit lebih lanjut, sehingga klien membatasi aktivitas fisiknya dan mengalami imobilitas relatif. Imobilisasi ini menyebabkan penurunan

massa otot (atrofi), kekuatan otot dan penurunan rentang gerak (ROM) (Rudhy Pramono et al., 2023).

Luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri dengan panjang 8 cm merupakan pintu masuk potensial bagi mikroorganisme sehingga meningkatkan risiko infeksi. Risiko infeksi pada Tn. S diakibatkan oleh adanya prosedur invansif yang mengakibatkan kerusakan pada jaringan kulit akibat sayatan kulit dan jaringan di area operasi, yang membuka jalan masuk bagi mikroorganisme patogen dan flora endogen maupun eksogen. Adanya kerusakan pada jaringan kulit akibat prosedur invansif tindakan pembedahan hernioraphy membutuhkan tindakan yang berfokus pada pemulihan kebutuhan kulit melalui tindakan pencegahan infeksi baik langsung ataupun tidak langsung (Muchtar et al., 2022).

Menurut Ridlo (2022), pada pasien post operasi hernioraphy biasanya akan timbul nyeri akibat dari prosedur pembedahan, nyeri yang dirasakan hanya muncul sesekali di lokasi bekas operasi. Adanya penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sehingga mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan terasa nyeri ketika bergerak yang disebabkan oleh luka bekas operasi. Pada pasien post operasi hernioraphy akan ditemukan adanya luka bekas operasi yang rentan mengalami invansif dan multiple organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan sehingga menyebabkan terjadinya risiko infeksi pada area luka bekas operasi.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori hasil penelitian Ridlo (2020) dengan data yang penulis temukan pada klien saat pengkajian, yaitu adanya keluhan nyeri pada area luka bekas operasi, adanya penurunan kekuatan otot pada ekstremitas bawah, keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan terdapat luka bekas operasi yang rentan kontaminasi sehingga menyebabkan risiko infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan kasus ini tidak semua diagnosa keperawatan muncul sesuai teori, hal ini dikarenakan penegakkan diagnosa keperawatan di dasarkan pada keluhan yang muncul pada klien. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan klien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 6 (0-10).
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan klien mengeluh sulit melakukan pergerakan karena nyeri pada luka post operasi, kekuatan otot 4.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invansif terbukti dengan adanya luka post operasi hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri dengan panjang luka 8 cm.

Menurun Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017), masalah yang bisa muncul pada klien post operasi hernioraphy adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Risiko infeksi
- d. Defisit perawatan diri

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menemukan tiga masalah keperawatan yang muncul dan sesuai dengan teori. Secara garis besar diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S dengan teori dan ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhinya 80-100% data mayor setiap diagnosa. Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan keluhan nyeri pada luka post hernioraphy yaitu nyeri akut, kesulitan dalam gerak akibat kekuatan otot menurun dan nyeri saat bergerak yaitu gangguan mobilitas fisik, dan adanya rembesan darah pada balutan luka dan nyeri pada luka post operasi yaitu risiko infeksi. Akan tetapi, ada satu masalah keperawatan yang tidak penulis temukan pada Tn. S yaitu defisit perawatan diri, karena kebutuhan perawatan diri klien sudah terpenuhi meskipun dibantu oleh keluarga.

3. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang

diharapkan (PPNI, 2018). Pada tahap perencanaan penulis tidak mendapat hambatan yang berarti. Hal ini dikarenakan adanya partisipasi klien dan keluarga dalam merumuskan perencanaan yang akan dilakukan pada klien.

Upaya yang penulis lakukan dalam mengatasi masalah nyeri akut yaitu dengan menetapkan rencana tindakan keperawatan yang berfokus kepada upaya penanganan nyeri baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Tindakan farmakologis yang dilakukan yaitu dengan pemberian terapi analgetik secara intravena (ketorolac 2x1 ampul) dan pencegah sekresi asam lambung (ranitidine 2x1 ampul). Sedangkan tindakan non farmakologis yang dilakukan penulis yaitu dengan melatih relaksasi napas dalam yang bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri serta menurunkan tingkat kecemasan akibat nyeri yang dirasakan.

Fokus rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yaitu melatih rentang gerak ROM pasif dan aktif serta menganjurkan untuk melakukan mobilisasi dini seperti duduk ditempat tidur, miring kanan dan miring kiri serta berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi, membantu aktivitas sehari-hari klien dan melibatkan keluarga untuk meningkatkan pergerakan klien. Tujuan dari rencana tindakan keperawatan ini agar pergerakan ekstremitas klien meningkat, kekuatan otot meningkat, gerakan terbatas menurun. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Ridlo (2022), yang mengungkapkan bahwa upaya yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan yaitu memonitor keadaan umum selama mobilisasi, latih

rentang gerak ROM pasif dan aktif, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur, miring kanan dan miring kiri.

Upaya untuk mengatasi risiko infeksi yang disebabkan oleh adanya luka post operasi hernioraphy dengan cara monitor karakteristik luka, monitor fase penyembuhan luka, lakukan perawatan luka dengan teknik steril, anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein dan pemberian terapi farmakologis yaitu terapi antibiotik cefactam 1x1 gram sesuai anjuran dokter. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Ridlo (2022), bahwa risiko infeksi pada klien pasca operasi hernioraphy disebabkan oleh adanya luka post operasi yang mana terjadi diskontinuitas jaringan sehingga rentang mengalami invansif. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu monitor karakteristik luka, monitor tanda dan gejala infeksi, lakukan perawatan luka dengan teknik steril, ajarkan perawatan luka secara mandiri, berikan antibiotik sesuai resep dokter.

Seluruh rencana tindakan keperawatan diatas disusun berdasarkan masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S saat dilakukan pengkajian. Penulis menetapkan rencana tindakan keperawatan disusun berdasarkan 4 komponen yang harus ada dalam intervensi keperawatan, yaitu tindakan keperawatan mandiri, tindakan keperawatan monitoring, tindakan keperawatan pendidikan kesehatan, dan tindakan keperawatan kolaboratif. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Potter, P.A, & Perry, A.G (2012), menyatakan bahwa penyusunan dan penetapan tindakan

keperawatan yang akan dilakukan oleh seorang perawat harus memperhatikan minimal empat komponen dasar, antara lain: *Nursing Therapeutic Intervention* (tindakan keperawatan mandiri), *Surveillance Nursing Intervention* (tindakan keperawatan monitoring/observasi), *Supportive Educative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan pemberian konseling / pendidikan kesehatan) dan *Collaborative Nursing Intervention* (tindakan keperawatan kolaborasi).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Penatalaksanaan dilaksanakan dengan tindakan secara mandiri, melakukan observasi, edukasi dan kolaborasi dengan tenaga medis lainnya (PPNI, 2019).

Faktor pendukung dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. S adanya keterikatan dalam membina hubungan saling percaya (BHSP) dengan keluarga klien dalam melaksanakan tindakan keperawatan, keluarga bersedia terlibat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, keluarga mudah menerima saran dari dokter, perawat maupun dari penulis, klien bersedia diajak kerja sama, klien juga kooperatif selama pelaksanaan tindakan keperawatan, serta keluarga terbuka untuk menyampaikan informasi kepada penulis.

Selama proses penyusunan rencana keperawatan dibuat, intervensi yang dibuat oleh penulis dapat dilakukan secara maksimal, tahap

implementasi keperawatan dilakukan selama 24 jam penuh. Penulis tidak mendapatkan hambatan karena keluarga klien ikut berpartisipasi dalam melaksanakan rencana keperawatan yang sudah direncanakan selama 3 x 24 jam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut meliputi; melakukan monitoring tanda-tanda vital; memonitoring skala nyeri; memberikan obat sesuai program terapi seperti Ketorolac 2x1 amp dan Ranitidine 2x1 amp; melatih teknik relaksasi napas dalam; memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang manfaat teknik relaksasi napas dalam.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik meliputi; memonitoring kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi dini; menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini pada keluarga; melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan; melatih rentang gerak ROM pasif dan aktif di tempat tidur; membantu aktivitas sehari-hari; mengajarkan klien dan keluarga cara mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur, miring ke kanan miring ke kiri.

Tindakan untuk mengatasi risiko infeksi meliputi; memonitoring karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau); memonitoring fase penyembuhan luka, melakukan perawatan luka dengan prinsip steril; menjelaskan tanda-tanda infeksi pada luka; mengajarkan cara perawatan luka di rumah secara mandiri; menganjurkan mengkonsumsi makanan

tinggi protein dan tinggi kalori dan memberikan antibiotik Cebactam 1x1 gram sesuai program terapi dokter.

Faktor-faktor pendukung yang penulis dapatkan selama melaksanakan tindakan keperawatan antara lain, adanya motivasi dan partisipasi aktif keluarga dalam proses perawatan dan pengobatan klien. Selain itu, faktor pendukung lain yang penulis dapatkan selama melaksanakan tindakan keperawatan yaitu bimbingan dari CI institusi dan CI lapangan, serta ketersediaan referensi seperti buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sehingga memudahkan penulis dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Adapun faktor penghambat dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu keterbatasan waktu dan kewenangan dalam melaksanakan tindakan keperawatan sehingga penulis tidak dapat melaksanakan tindakan yang lebih lama dan spesifik untuk mengatasi penyakit klien.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan ketika penulis selesai melakukan tindakan asuhan keperawatan, yang mana menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah klien. Sedangkan untuk evaluasi formatif, penulis melakukan pada hari ke dua setelah penulis memberikan asuhan tindakan keperawatan pada hari pertama.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap tiga masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S di dapatkan hasil:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga, keluhan nyeri pada Tn. S berkurang, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 2, nyeri tekan pada daerah dekat selangkangan berkurang dan meringis berkurang dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Selain itu, klien dan keluarga klien kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dengan mudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan sehingga nyeri akut dapat teratasi.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat terputusnya kontinuitas jaringan bergerak dapat teratasi pada hari ketiga, kekuatan otot klien meningkat dari 4 menjadi 5, klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti miring kanan dan miring kiri, duduk ditempat tidur dan sudah mampu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi, serta keluhan nyeri saat bergerak sudah tidak ada. Hal ini di dukung oleh pihak keluarga dan klien yang kooperatif dan mengikuti anjuran yang diberikan, dan klien aktif dalam melakukan mobilisasi dini dan latihan rentang gerak sehingga masalah dapat teratasi.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dapat teratasi sebagian pada hari ke tiga dilihat dari kondisi luka yang

membaik, nyeri pada luka berkurang, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, jumlah jahitan lengkap tidak ada yang terputus, namun belum ada pembentukan jaringan baru. Hal ini, karena proses penyembuhan luka membutuhkan waktu yang relatif lama, selain itu keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan sehingga masalah risiko infeksi teratasi sebagian.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan proses Asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut dari tanggal 29 April sampai dengan 01 Mei 2025, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Penulis melaksanakan tahap pengkajian secara komprehensif menggunakan metode wawancara dan observasi pada klien. Data pengkajian yang penulis temukan pada Tn. S adalah klien mengeluh nyeri pada luka post hernioraphy di daerah dekat selangkangan sebelah kiri, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika diposisikan secara anatomis, nyeri dirasakan hanya pada luka operasi saja di daerah dekat selangkangan sebelah kiri, dengan skala nyeri 6 (0-10), nyeri tidak menyebar, nyeri dirasakan hilang timbul dan terkadang muncul saat pagi dan sore hari. Adapun data hasil pengkajian lain, yaitu klien mengeluh kesulitan untuk bergerak karena rasa nyeri yang dirasakannya sehingga memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitasnya, dan klien juga mengeluh nyeri serta ada sedikit rembesan darah pada balutan luka operasi dengan panjang luka 8 cm, sedikit kemerahan, teraba hangat di area sekitar luka dan juga keluar sedikit pus pada luka.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Hernioraphy atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada klien, yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi.

3. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan untuk membantu mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dalam menentukan perencanaan dan kriteria hasil yang akan diberikan, penulis mengacu pada teori yang bersumber dari buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu manajemen nyeri, dukungan mobilisasi dan perawatan luka.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan. Tindakan keperawatan keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen nyeri untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, dukungan mobilisasi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, dan perawatan luka untuk mengatasi masalah keperawatan risiko infeksi.

5. Evaluasi Keperawatan

Penulis mampu melakukan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh keberhasilan dari perencanaan yang telah diberikan kepada klien untuk membantu mengatasi masalah. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari kepada Tn. S, hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari tiga masalah keperawatan yang sudah ditegakkan, dua di antaranya dapat teratasi dan satu masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi. Sementara itu, masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian.

B. Rekomendasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut, maka penulis dapat memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Selama penyusunan karya Tulis Ilmiah ini, penulis mengalami sedikit kendala dalam mencari referensi baik itu jurnal maupun buku terbaru. Oleh karena itu, untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis berharap agar perpustakaan dapat melengkapi sumber pustaka sebagai bahan ajar dan perbandingan antara fakta di lapangan dengan teori yang ada dalam literatur.

2. Bagi Perawat dan Institusi Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan perlu terus ditingkatkan guna tercapainya pelayanan keperawatan yang berkualitas. Selain itu, perlu juga ditingkatkan hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien serta keluarga pasien untuk meningkatkan kepercayaan, sehingga dapat mempermudah dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga memiliki pemahaman serta kesadaran yang lebih tinggi dalam mencegah kekambuhan hernia, mampu melakukan mobilisasi dini secara bertahap pasca operasi sesuai anjuran, serta memahami cara perawatan luka pasca operasi dengan tepat, guna mempercepat proses penyembuhan dan mencegah terjadinya infeksi maupun komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrizal, A. (2015). Hernia Inguinalis. *Syifa' MEDIKA: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.32502/sm.v6i1.1374>
- Awallul, M., Aritiah, R., Fariztia, A. I., Azmi, N. A., Al, M., Haq, F., Ragad, P., Rizaldi, M. H., Sania, M., & Sari, L. S. (2024). *Jurnal Biologi Tropis Inguinal Hernia : Literature Review*.
- Bahrudin, M. (2018). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Depkes, R. (2018). Prevalensi Hernia Inguinalis Lateralis. *Kesehatan*, 3 (1), 1–2. www.depkes.go.id
- Hammoud, M., & Gerken, J. (2023). Inguinal hernia. StatPearls. *Stat-Pearls Publishing, Treasure Island*.
- Hamriyani. (2020). Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Gangguan Sistem Pencernaan:Post Operasi (Hernia Inguinalis Lateral) Di Ruang Bedah Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka. *Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan*.
- Masriadi, H. (2016). *Epidemiologi penyakit tidak menular*. CV Trans Info Medica.
- Meliani, R & Dytho, M. (2023). Hernia. *Essentials of Visceral Surgery: For Residents and Fellows*, 305–322. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66735-4_13
- Muchtar, A., Sitio, R., Rimadeni, Y., & Muna, N. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Operatif Hernia Inguinalis : Studi Kasus. *Journal Keperawatan*, 1(1), 29–35. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i1.6>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. (2012). *Fundamentals of Nursing - E-Book*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=JbvAwAAQBAJ>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.
- Pramesti, M. N., Sulastri, S., Yunani, Y., & Murhan, A. (2023). Penatalaksanaan Nyeri Pada Pasien Low Back Pain Dan Post Operasi Hernia Inguinalis. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI)*, 4(2), 206–212. <https://doi.org/10.57084/jikpi.v4i2.1268>
- Putri, N. A., Feby, N., Agistany, F., Bayu, R., & Akhyar, F. (2023). Jurnal Biologi Tropis Inguinal Hernia : Diagnosis and Management. *Jurnal Biologi Tropis*, 96–103.

- R, P. E., Fari, A. I., & Daeli, N. E. (2025). *Analisis Askep dengan Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi Hernioraphy Universitas Katolik Musi Charitas Palembang , Indonesia invasive melalui sayatan untuk membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan yang . 2.*
- Ridlo, M. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dan Tn. F dengan Post Operatif Hernia Inguinalis di Ruangan Bedah RSUD Kota Tangerang Selatan. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.58467/ijons.v2i1.15>
- Ridwan, H. (2024). Proses Keperawatan. In *Eureka Media Aksara*. Eureka Media Aksara.
- Riskesdas, L. N. (2018). *Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta.
- Rudhy Pramono, Herawati, V. D., & Indriyati, I. (2023). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi Hernia Di Rsud Dr. Soediran Mangun Sumarso. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 16(2), 100–109. <https://doi.org/10.47942/jiki.v16i2.1308>
- Setyaningrum, F. C. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Ddengan Pre Dan Post Oprasi Hernioplasty Inguinalis Laterasi Dextra Di Ruangan Abdurahman wahid Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak. *Diss. Universitas Islam Sultan Agung Semarang, ASUHAN K0E*, 20–21.
- Shakil, A., Aparicio, K., Barta, E., & Munez, K. (2020). Inguinal Hernias: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, 102(8), 487–492.
- Sjamsuhidajat, R., & Jong, de. (2016). *Buku Ajar Ilmu Bedah: Sistem Organ dan Tindak Bedahnya* (Z. S., Bustami, L. R. Kristandyo, & A. W. Nugroho (eds.); Edisi ke-4, Vol. 2). EGC.
- Wahid, F., Sampe, J., & Langitan, A. (2019). Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Dengan Hemiparese Sinistra. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 12. <https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/413/223>
- Widodo, W., & Trisetia, M. (2022). Terapi Relaksasi Napas Dalam dan Genggam Jari pada Klien Post Hernioraphy dengan Nyeri Akut. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.
- Zahro, A. S. I. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Hernia Inguinal Lateralis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Flamboyan RSUD Dr Harjono Ponorogo*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

LAMPIRAN

SATUAN ACARA PENYULUHAN

PERAWATAN PASIEN POST OPERASI HERNIA

A. Pengantar

Pokok Bahasan	: Hernia
Sub Pokok Bahasan	: Perawatan Pasien Post Operasi Hernia
Hari/Tanggal	: Selasa, 29 April 2025
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Ruang Tulip 5 Rumah Sakit Guntur
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien Tn. S
Pemateri	: Nisa Fauziyyah

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 30 menit, diharapkan pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui perawatan pada pasien post operasi hernioraphy

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pasien post operasi hernia
- b. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya perawatan luka post operasi
- c. Memberikan informasi mengenai penyakit hernia, perawatan pasien post operasi hernia, diet pasca operasi hernia dan langkah-langkah perawatan luka.

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Pokok Materi Penyuluhan

1. Pengertian hernia
2. Perawatan pasien post operasi hernia
3. Diet pasca operasi hernia
4. Langkah-langkah perawatan luka

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Penyuluhan	Respon Peserta
1.	Pembukaan (5 menit)	a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan penyuluhan dan manfaat materi yang disampaikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyajian (15 menit)	a. Menjelaskan materi penyuluhan secara sistematis 1. Pengertian hernia dan tindakan hernioraphy 2. Perawatan pasien pasca operasi hernia 3. Diet pasca operasi hernia 4. Langkah-langkah perawatan luka b. Memberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi tentang materi penyuluhan	a. Menyimak, mendengarkan dengan baik b. Memberi tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti
3.	Penutup (10 menit)	a. Menggali pengetahuan peserta setelah dilakukan penyuluhan b. Menyimpulkan materi yang sudah disampaikan c. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	Menjawab pertanyaan Mendengarkan dan menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural

Sasaran bersedia untuk dilaksanakan penyuluhan sesuai waktu yang telah direncanakan

2. Evaluasi Proses

- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Peserta mengikuti jalannya penyuluhan
- c. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta dapat menjelaskan tentang penyakit hernia dan tindakan operasi hernioraphy
- b. Peserta dapat menjelaskan perawatan pasien pasca operasi hernia
- c. Peserta dapat menyebutkan diet pasca operasi hernia
- d. Peserta dapat menyebutkan langkah-langkah perawatan luka

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian

Hernia didefinisikan sebagai suatu penonjolan yang berasal dari suatu organ atau bagian organ yang keluar atau muncul melalui dinding tubuh. Penonjolan yang terjadi di selangkangan merupakan kondisi paling umum yang menjadi alasan rujukan pasien untuk tindakan pembedahan.

Salah satu pembedahan yang dilakukan pada operasi hernia yaitu hernioraphy. Hernioraphy yaitu jenis pembedahan memulihkan bagian isi kantong hernia pada sisi dalam abdomen dengan menutup celah dengan kencang serta menjahit jaringan yang lemah (Putri et al., 2023).

Luka operasi adalah luka yang terjadi akibat tindakan pembedahan yang memerlukan perawatan khusus agar tidak terjadi infeksi dan proses penyembuhan berjalan optimal. Sedangkan perawatan luka operasi adalah tindakan yang dilakukan untuk membersihkan, melindungi, dan mempercepat penyembuhan luka.

B. Perawatan Pasien Pasca Operasi Hernia

Berikut ini adalah beberapa hal yang perlu dilakukan selama perawatan pasca operasi hernia:

1. Konsumsi makanan yang berserat

Jenis makanan yang disarankan adalah makanan yang kaya akan serat, seperti kacang-kacangan, sereal, buah-buahan, kentang, dan brokoli. Tujuan dari mengonsumsi makanan berserat adalah agar bisa buang air besar dengan lancar dan feses lebih mudah dikeluarkan, sehingga tidak

perlu mengejan terlalu keras. Dengan demikian, rongga perut tidak mendapat tekanan secara berlebihan.

2. Perbanyak konsumsi air putih

Disarankan untuk minum air putih 8-10 gelas setiap hari. Selain membantu melancarkan pencernaan dan membuat feses menjadi lebih lunak, air putih juga sangat penting untuk menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh serta mencegah dehidrasi yang mungkin terjadi setelah operasi.

3. Berjalan dan bergerak secara rutin

Setelah menjalani operasi hernia, sangat disarankan untuk rutin berjalan atau bergerak demi mencegah pembekuan darah serta mempercepat proses penyembuhan. Meski begitu, hindari olahraga yang terlalu berat, seperti jogging atau angkat beban, untuk mencegah luka jahitan terbuka kembali. Untuk kasus hernia yang lebih kompleks atau sering kambuh, sebaiknya hindari berbagai aktivitas berat setidaknya 6 bulan setelah operasi.

4. Ganti perban secara rutin

Ganti perban secara rutin sesuai dengan petunjuk dokter. Pastikan selalu mencuci tangan dengan sabun hingga bersih sebelum mengganti kasa atau perban di area luka operasi. Langkah ini penting untuk mencegah infeksi pada luka operasi

5. Konsumsi obat pereda nyeri

Setelah menjalani operasi, rasa nyeri sering kali dirasakan pada beberapa minggu pertama. Untuk meringankan ketidaknyamanan tersebut, bisa diatasi dengan mengonsumsi obat pereda nyeri.

Selain itu, ada beberapa hal yang perlu dihindari setelah menjalani operasi hernia. Berikut adalah hal-hal yang perlu Anda perhatikan selama perawatan pasca operasi hernia:

- a. Hindari mengangkat benda berat atau melakukan aktivitas yang berlebihan, selama 4-6 minggu.
- b. Hindari mandi dengan cara berendam, sampai perban dan jahitan sudah dilepas.
- c. Jangan merokok, karena dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi dan menghambat proses penyembuhan luka.
- d. Hindari mengendarai kendaraan, setidaknya selama 2-3 hari setelah operasi.
- e. Hindari mengonsumsi alkohol, karena dapat menghambat pemulihan.
- f. Hindari mengenakan pakaian yang terlalu ketat, agar bekas luka tidak tergesek sehingga sulit sembuh.

C. Diet Pasca Operasi Hernia

Seorang pasien pasca operasi hernia dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi tinggi untuk mempercepat proses penyembuhan, mencegah infeksi serta menghindari tekanan di daerah bekas operasi. Beberapa hal yang menjadi fokus utama pemberian diet ini adalah:

1. Makanan tinggi protein dan kalori, ini untuk membantu proses penyembuhan jaringan luka dan mencegah kehilangan masa otot. Sumber makanan yang mengandung protein dan kalori yaitu, ikan, telur, daging ayam tanpa kulit, susu, tahu dan tempe.
2. Makanan tinggi serat, seperti buah pepaya, apel, bayam, brokoli, oatmeal dan roti gandum. Makanan ini dapat mencegah terjadinya konstipasi atau sembelit, karena mengejan saat BAB dapat memberi tekanan berlebih diperut sehingga memicu hernia kambuh.
3. Cukup cairan, dapat membantu melancarkan pencernaan dan menjaga konsistensi feses. Cairan yang dapat dikonsumsi yaitu, air putih, jus buah tanpa gula, atau sup kaldu.
4. Mudah dicerna dan rendah gas sangat penting untuk mencegah terjadinya perut kembung, nyeri, atau tekanan yang tidak nyaman pada perut.

D. Langkah-langkah Perawatan Luka Operasi

Perawatan luka harus dilakukan dengan aseptik untuk mencegah infeksi.

Berikut adalah langkah-langkah perawatan luka operasi:

1. Cuci tangan dengan sabun atau antiseptik sebelum dan sesudah merawat luka
2. Siapkan alat dan bahan steril, seperti gunting, pinset, kasa, perban, NaCL 0,9%. Salep/gel luka sesuai resep dokter
3. Buka balutan secara perlahan, perhatikan waena, bau, dan jumlah cairan luka

4. Bersihkan luka dari bagian dalam ke luar menggunakan NaCl steril.

Hindari penggunaan antiseptil keras seperti betadine langsung ke luka terbuka, karena dapat merusak jaringan baru

5. Keringkan luka dengan kata steril yang lembut
6. Oleskan obat luka sesuai anjuran dokter
7. Tutup kembali luka dengan kasa steril dan perban bersih
8. Ganti balutan secara rutin, minimal 1x sehari atau jika balutan basah/kotor

DAFTAR PUSTAKA

- Putri, N. A., Feby, N., Agistany, F., Bayu, R., & Akhyar, F. (2023). Jurnal Biologi Tropis Inguinal Hernia : Diagnosis and Management. *Jurnal Biologi Tropis*, 96–103.
- Mulidan, D., & Nurjannah. (2023). Faktor Nutrisi dan Penyembuhan Luka Post Operasi. *Jurnal Penelitian Perawat*
- Nursanty, O, E, & Arofiati, F. (2023). Penerapan Standar Operasional Prosedur Luka Bersih. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*
- Sari, D. P., & Soebyakto, B. B. (2023). Perawatan Luka Post Operasi dengan Metode Modern Dressing. *Jurnal Kesehatan Akper Kesdam II Sriwijaya Palembang*.

Lampiran II Leaflet Perawatan Pasien Post Operasi Hernia

Yang Harus diperhatikan

- Hindari mengangkat benda berat atau melakukan aktivitas yang berlebihan selama 4-6 minggu
- Hindari mandi dengan cara berendam, sampai perban dan jahitan sudah dilepas
- Jangan dulu berhubungan seksual, setidaknya selama 2 minggu
- Jangan merokok
- Hindari berkendara, setidaknya selama 2-3 hari setelah operasi
- Hindari mengonsumsi alkohol
- Hindari mengenakan pakaian yang ketat

Langkah-Langkah Perawatan Luka

- Cuci tangan dengan sabun atau antiseptik sebelum/ sesudah merawat luka
- Siapkan alat dan bahan steril (gunting, pinset, kasa, perban, NaCl 0,9%, salep)
- Buka balutan secara perlahan
- Bersihkan luka menggunakan NaCl. Hindari antiseptik keras (betadin) langsung mengenai luka, karena dapat merusak jaringan baru
- Keringkan luka dengan kasa steril yang lembut
- Oleskan obat luka sesuai anjuran dokter
- tutup kembali luka dengan kasa steril dan perban bersih
- Ganti balutan secara rutin, minimal 1x sehari atau jika balutan basah/kotor

Perawatan Pasien Pasca Operasi Hernia

Nisa Fauziyyah KHGA22072



Apa itu?

Hernia, Hernioraphy, Luka dan perawatan luka

Hernia didefinisikan sebagai suatu penonjolan yang berasal dari suatu organ atau bagian organ yang keluar atau muncul melalui dinding tubuh.

Hernioraphy yaitu jenis pembedahan memulihkan bagian isi kantong hernia pada sisi dalam abdomen dengan menutup celah dengan kancing serta menjahit jaringan yang lemah.

Luka operasi adalah luka yang terjadi akibat tindakan pembedahan yang memerlukan perawatan khusus. Perawatan luka adalah tindakan yang dilakukan untuk membersihkan, melindungi, dan mempercepat penyembuhan luka.

Perawatan Pasca Operasi Hernia

Konsumsi Makanan yang Berserat
Tujuannya agar bisa buang air besar dengan lancar dan feses menjadi lebih mudah dikeluarkan

Perbanyak Konsumsi Air Putih
Menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh

Berjalan dan Bergerak Secara Rutin
Untuk mencegah pembentukan darah serta mempercepat penyembuhan. Namun, hindari olahraga yang terlalu berat

Ganti Perban Secara Rutin
Untuk mencegah infeksi pada luka

Mengonsumsi Obat Pereda Nyeri
Untuk meredakan nyeri

Diet Pasca Operasi

- ✓ Makanan Tinggi Protein & Kalori
Sumber makanannya yang mengandung protein dan kalori yaitu ikan, telur, daging ayam tanpa kulit, tahu, tempe. Membantu proses penyembuhan luka dan mencegah kehilangan energi.
- ✓ Makanan Tinggi Serat
Buah pepaya, apel, bayam, brokoli, oatmeal dan roti gandum dapat mencegah terjadinya konstipasi atau sembelit
- ✓ Cukup cairan
Air putih, jus buah tanpa gula atau sup kaldu dapat membantu melancarkan pencernaan dan menjaga konsistensi feses
- ✓ Makanan Mudah dicerna
Mudah dicerna dan rendah gas sangat penting untuk mencegah terjadinya perut kembung, nyeri atau tekanan yang tidak nyaman pada perut



Lampiran III Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur Garut

Nama : Nisa Fauziyyah

NIM : KHGA22072

Pembimbing : H. Zahara Farhan, S.Kep.,Ners.,M.Kep

No.	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Selasa, 10 Juni 2025	BAB III	1. Perbaiki teknik penulisan BAB III 2. Lengkapi data hasil pengkajian 3. Perbaiki penulisan tabel 4. Perbaiki analisa data 5. Perbaiki redaksi rumusan masalah 6. Perbaiki diagnosa keperawatan 7. Intervensi keperawatan harus mengacu kepada pemenuhan KDM pasien 8. Perbaiki redaksi kalimat intervensi 9. Kriteria hasil sesuaikan dengan kondisi pasien 10. Perbaiki redaksi dan substansi pembahasan dengan mengandung komponen FTO (Fakta, Teori, Opini) 11. Mulai susun BAB I	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
2	Jum'at. 13 Juni 2025	BAB III	1. BAB III content ACC 2. Mulai susun BAB I dan BAB II	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep

3	Kamis, 19 Juni 2025	BAB I BAB II	1. BAB I ACC 2. BAB II ACC 3. Susun BAB IV	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
4	Senin, 23 Juni 2025	BAB IV	1. Perbaiki penulisan BAB IV 2. Simpulan harus mengacu kepada tujuan 3. Simpulan harus ditulis sistematis dan jelas	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
5	Rabu, 25 Juni 2025	BAB IV	1. BAB IV ACC 2. Susun abstrak 3. Susun draf KTI lengkap	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
6	Senin, 30 Juni 2025	Abstrak	1. Abstrak harus mengandung komponen IMRAD 2. Perbaiki redaksi dan substansi abstrak	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
7	Selasa, 01 Juli 2025	Abstrak	1. Abstrak ACC 2. Susun draf KTI Lengkap	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep
8	Rabu. 02 Juli 2025	Draf KTI lengkap	1. ACC ujian sidang 2. Persiapkan untuk ujian sidang KTI	 Nisa Fauziyyah	 H. Zahara Farhan, M.Kep

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Nisa Fauziyyah

NIM : KHGA22072

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat Tanggal Lahir : Garut, 09 Februari 2003

Agama : Islam

Alamat : Kp. Bebedahan RT 003/ RW 001
Ds. Wanamekar Kec. Wanaraja Kab. Garut

Motto : *“The main character in your life is yourself.
So, believe in yourself and go for it!”*
(DK, member of SEVENTEEN)

B. Riwayat Pendidikan

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1. RA Nabila Azzahra | Tahun 2008-2009 |
| 2. SDN Wanamekar 1 | Tahun 2009-2015 |
| 3. SMPN 1 Wanaraja | Tahun 2015-2018 |
| 4. SMKN 4 Garut | Tahun 2018-2022 |
| 5. STIKes Karsa Husada Garut | Tahun 2022 - sekarang |