

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

AULIA PUTRISARI
NIM : KHGA22051



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA
INGUINALIS LATERAL DI RUANG TULIP RUMAH
SAKIT TINGKAT IV GUNTUR GARUT**

NAMA : AULIA PUTRISARI

NIM : KHGA22051

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Ujiankan Dihadapan Tim Penelaah
Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut**

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Andri Nugraha, 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 LATERAL DI RUANG TULIP RUMAH
SAKIT TINGKAT IV GUNTUR GARUT**

NAMA : AULIA PUTRISARI

NIM : KHGA22051

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji 1



Eldessa Vavarilla, S. Kep., Ners., M. Kep

Mengetahui,

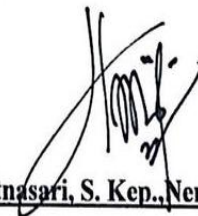
Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes

Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti., M. Kep

Penguji 2



Devi Ratnasari, S. Kep., Ners., M. Kep

Mengesahkan,

Pembimbing



Andri Nugraha, S. Kep., Ners., M. Kep

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn .S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas indikasi Hernia Inguinalis Lateral

Di Ruang Tulip Rumah Sakit Tingkat IV Guntur Garut

Oleh: Aulia Putrisari

IV Bab, 94 Halaman, 9 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Hernia inguinalis lateralis merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan penonjolan isi rongga perut melalui kanalis inguinalis, dan paling sering terjadi pada pria. Penatalaksanaan yang umum dilakukan adalah hernioraphy, yaitu tindakan pembedahan untuk memperbaiki kelemahan pada dinding perut. Prosedur ini dapat menimbulkan masalah keperawatan seperti nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, risiko infeksi, dan ansietas. Tujuan dari karya tulis ilmiah ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan komprehensif pada pasien post hernioraphy menggunakan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan berupa studi kasus dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan partisipasi aktif. Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa intervensi seperti manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, edukasi pencegahan infeksi, terapi relaksasi, serta dukungan tidur memberikan dampak positif terhadap pemulihan pasien. Kesimpulannya, penerapan asuhan keperawatan secara holistik dan berkesinambungan sangat berperan dalam mempercepat pemulihan pasien post hernioraphy serta meningkatkan kualitas hidupnya selama masa perawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hernia Inguinalis Lateral,
Hernioraphy

Daftar Pustaka : 18 Buah (2015-2025)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulisan panjatkan kehadiran kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada nabi kita, Muhammad SAW beserta keluarganya, para sahabatnya dan kita selaku umatnya.

Atas karunia dan izin-Nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERAL DI RUANG TULIP RUMAH SAKIT TINGKAT IV GUNTUR GARUT**”

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan Karsa Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dukungan, dan bantuan yang bersifat moril maupun materil yang sangat berharga, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-sebesaranya kepada :

1. Kepada Allah SWT, terimakasih telah memberi kemudahan dan kelancaran dalam segala hal termasuk penyusunan karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Dr. H. Hidayat MA, selaku ketua Pembinaan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Suryadi, SE.,M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
6. Bapak Andri Nugraha,M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang menyediakan waktu banyak untuk membantu dan memberi bimbingan, petunjuk serta dorongan kepada penulis dengan penuh keseriusan dan tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis ini.
7. Bapak Eldessa Vavarilla, S. Kep.,Ners., M.Kep, selaku penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ibu Devi Ratnasari, S. Kep.,Ners., M.Kep, selaku penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh Dosen dan Staff D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan
10. Bapak Tedy Nurdiansyah, S.Kep, selaku pembimbing di Rumah Sakit Guntur tingkat IV yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

11. Kepada klien Tn. S dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
12. Kepada orang tua tercinta, Bapak Enti dan Ibu Rani yang telah membesarkan serta mengasuh penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang, senantiasa memberikan bantuan moril dan materil serta untaian do'a, tetes keringat dan air mata ayah dan ibu di balas dengan kebahagiaan dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
13. Sahabat terdekat, yang saat ini sedang berjuang bersama untuk menempuh gelar A.Md.Kep, terimakasih telah menjadi teman bertukar pikiran serta selalu memberikan support dan motivasi kepada penulis.
14. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/I angkata 29 program studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3B yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka yang menjadi kenangan yang tidak terlupakan.
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.
16. Terakhir, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri, Aulia Putrisari, terimakasih karena telah bertahan sejauh ini. Terimakasih karena tidak menyerah ketika jalan di depan terasa gelap, ketika keraguan datang silih berganti, dan ketika langkah terasa berat untuk di teruskan.

Terimakasih karena tetap memilih untuk melanjutkan, walau seringkali tidak tahu pasti kemana arah ini akan membawa. Terima kasih karna telah menjadi teman paling setia bagi diri sendiri, hadir dalam sunyi, dalam lelah, dalam diam yang penuh tanya. Terima kasih karna sudah mempercayai proses, meski hasil belum sesuai harapan. Meski harus menghadapi kegagalan, kebingungan, bahkan perasaan ingin menyerah. Terima kasih karena tetap jujur pada rasa takut, namun tidak membiarkan rasa takut itu membatasi langkah, Karena keberanian bukanlah ketiadaan rasa takut, melainkan keinginan untuk tetap bergerak meski takut masih melekat erat, dan paling penting, terima kasih karena sudah berani memilih, memilih untuk mencoba, memilih untuk belajar, dan memilih untuk menyelesaikan apa yang telah kamu mulai.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya. Semoga Allah SWT, membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juli 2025



Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data	26
Tabel 2. 2 Intervensi	34
Tabel 3. 1 Activity Daily	55
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Hematologi.....	56
Tabel 3. 3 Program Terapi	57
Tabel 3. 4 Analisa Data	57
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	66
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan	76

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway.....	13
-------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

Lampiran 2 Leaflet Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia, yang dikenal juga dengan istilah turun berok, merupakan gangguan kesehatan yang dapat dialami oleh individu dari semua kelompok usia, mulai dari anak-anak hingga lansia. Salah satu ciri khas dari kondisi ini adalah munculnya benjolan yang dapat hilang dan timbul (Krismonika & Rohmah, 2021)

Hernia inguinalis merupakan kondisi ketika bagian bawah dari peritoneum dapat mengandung organ dalam rongga perut, sehingga menimbulkan pembengkakan di area selangkangan (inguinal) (Kavari et al., 2019). Pada umumnya, hernia terjadi akibat adanya bagian peritoneum atau usus yang menembus celah pada dinding perut, baik secara menyeluruh maupun sebagian. Tonjolan yang tampak secara fisik ini disebut sebagai hernia atau kantung hernia, yang isinya dapat berupa bagian dari organ seperti lambung atau usus. Kondisi ini kerap kali terlihat dari luar. (Awallul et al., 2024)

Data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2016 mencatat prevalensi hernia sebesar 350 kasus per 1.000 populasi (WHO, 2017). Kasus hernia paling banyak di jumpai di negara-negara berkembang, khususnya di kawasan Afrika dan Asia Tenggara, termasuk Indonesia. Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 1.243 kasus hernia tercatat antara Januari 2010 hingga Februari 2018 (Widodo et al., 2022)

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, hernia menempati posisi kedua sebagai penyakit terbanyak setelah batu saluran kemih, dengan jumlah kasus mencapai 2.245 di seluruh Indonesia. Sebagian besar penderita hernia berasal dari kalangan pekerja berat, yang mencakup 70,9% (7.377 orang), dengan proporsi tertinggi di Provinsi Banten sebesar 76,2% (5.065 orang), dan yang terendah terdapat di Papua, yakni 59,4% (2.563 orang). Sementara itu, Provinsi Jawa Barat mencatatkan 4.567 kasus hernia. Meskipun bukan yang tertinggi secara nasional, angka tersebut melampaui rata-rata nasional dengan prevalensi sebesar 49,1 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut, tercatat sebanyak 259 jiwa kasus hernia inguinalis selama periode Januari hingga Desember tahun 2024 dan didapatkan 98 jiwa per Januari sampai April 2025. Hal ini menunjukkan bahwa hernia inguinalis masih menjadi masalah kesehatan yang signifikan.

Penyebab hernia terjadi akibat lemahnya otot-otot dinding perut, adanya tekanan tinggi dalam rongga perut, serta faktor bawaan sejak lahir. Lansia lebih berisiko mengalami hernia karena kekuatan otot dinding perut mereka menurun seiring usia, sehingga peluang timbulnya hernia meningkat. Jenis hernia inguinalis lateralis lebih umum dijumpai pada pria dibandingkan wanita, dan cenderung terjadi di sisi kanan perut daripada sisi kiri. Beberapa kondisi yang dapat memicu terjadinya hernia meliputi kehamilan, kelebihan berat badan, batuk kronis, mencejan, serta aktivitas mengangkat benda berat yang semuanya

berkontribusi pada peningkatan tekanan intraabdomen (Aristi May Krismonika, 2023)

Gejala khas dari hernia inguinalis lateralis ditandai dengan munculnya benjolan di daerah lipatan paha atau bagian bawah perut, yang biasanya akan tampak membesar ketika penderita batuk atau mengejan. Kondisi ini dapat menimbulkan berbagai masalah keperawatan, seperti nyeri akut, rasa tidak nyaman, dan ketidakmampuan menjalani aktivitas normal.

Komplikasi serius yang bisa timbul dari hernia inguinalis termasuk terjadinya strangulasi, yang dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke usus, obstruksi usus (ileus), hingga perforasi. Selain itu, komplikasi yang sering muncul setelah tindakan perbaikan hernia antara lain hematoma, memar pada penis dan skrotum, terbentuknya seroma, serta infeksi pada luka operasi. Jika tidak segera ditangani, hernia bisa memicu gangguan kesehatan yang berat tergantung pada kondisi organ yang terjebak dalam hernia. Beberapa komplikasi tersebut meliputi obstruksi usus yang sederhana hingga terjadinya perforasi pada dinding usus yang dapat menyebabkan abses lokal, peritonitis, perlekatan, hernia yang tidak dapat di kembalikan (irreponibel), penjepitan organ yang menyebabkan iskemia, infeksi yang mengarah nekrosis, serta obstipasi (Dimas Satya Hendarta, 2024)

Pembedahan hernioraphy umum dilakukan ketika ada kasus hernia besar atau di temukan resiko hernia tinggi. Sayatan selama hernioraphy akan mengakibatkan rusaknya jaringan. Dalam hal ini menyebabkan timbulnya rasa sakit dan nyeri pasca operasi.

Salah satu tindakan bedah yang biasa dilakukan untuk mengatasi hernia inguinalis lateral adalah hernioraphy, terutama pada hernia berukuran besar atau jika risiko kambuhnya tinggi. Prosedur ini melibatkan pembuatan sayatan yang dapat merusak jaringan dan menyebabkan timbulnya nyeri serta ketidaknyamanan pasca operasi. Nyeri pascaoperasi merupakan respons tubuh akibat rusaknya jaringan, dan seringkali menjadi keluhan utama pasien. Nyeri ini dapat mengganggu tidur serta menghambat kemampuan pasien dalam mengelola rasa sakit secara optimal, sehingga banyak pasien memilih untuk menggunakan obat analgesik (Widodo et al.,2022)

Peran perawat mempunyai peran penting dalam memberikan layanan keperawatan yang mencakup aspek promotif, preventif, serta kolaborasi bersama tim medis dalam proses pengobatan dan rehabilitasi. Dengan bekal pengetahuan serta keterampilan yang memadai, perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien, khususnya dalam perawatan pasca operasi hernia inguinalis (Gujarati, 2018). Dalam menangani pasien pasca tindakan herniorafi, perawat tidak hanya bertanggung jawab memberikan pendampingan selama 24 jam, tetapi juga menerapkan metode nonfarmakologis yang terbukti efektif dalam mengurangi nyeri. Beberapa teknik yang digunakan antara lain relaksasi pernapasan dalam dan distraksi melalui terapi musik. Berdasarkan hal tersebut, penulis terdorong untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara menyeluruh melalui pendekatan proses keperawatan, yang kemudian dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan

Gangguan Sistem Pencernaan: Post Hernioraphy POD I atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis di Ruang Tulip RS Tingkat IV/03.07.04 Guntur Garut.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif dengan meliputi berbagai aspek seperti psikologis, sosial dan spiritual dengan menggunakan pendekatan proses Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Hernioraphy dengan hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs. Guntur.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah

- a. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif yang dilakukan dengan cara pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah kasus pada Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs.Guntur.
- b. Mampu merumuskan berbagai diagnose keperawatan yang tepat berdasarkan proses pengkajian yang di tentukan pada kasus Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs Guntur.
- c. Mampu menyusun rencana Tindakan keperawatan yang tepat terhadap masalah yang timbul pada kasus Tn. S dengan gangguan sistem

pencernaan: Post Hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs Guntur.

- d. Mampu melakukan Tindakan keperawatan yang telah di tentukan pada kasus Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Pos Hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs Guntur.
- e. Mampu mengevaluasi hasil dari Tindakan keperawatan yang telah di tentukan pada kasus Tn. S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Tulip Rs Guntur.

C. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif teknik studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, sedangkan teknik yang di gunakan penulis dalam pengumpulan data yaitu :

1. Wawancara

Dengan menanyakan atau tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang saat ini dihadapi oleh pasien yang disebut juga dengan anamnesa yaitu tujuannya untuk memperoleh data tentang masalah Kesehatan dan masalah keperawatan pasien serta untuk menjalin hubungan dengan pasien.

2. Observasi

Dengan cara mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah Kesehatan dan keperawatan pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk melakukan Kesehatan pasien.

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya adalah inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

4. Studi Dokumentasi

Dengan cara memperoleh data yang didapatkan dari status pasien dan hasil dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah di lakukan di ruangan.

5. Partisipasi Aktif

Penulis secara langsung melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan menggunakan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini merupakan uraian pembuatan studi kasus yang dibuat oleh penulis yang terdiri dari penulisan karya tulis ilmiah meliputi 4 BAB yaitu:

BAB 1 terdiri dari pendahuluan yang berisi uraian-uraian tentang latar belakang, tujuan, metode, dan sistematika penulisan.

BAB II terdiri dari tinjauan teori yang menjelaskan tentang konsep dasar penyakit yang terdiri dari definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan diagnostic, komplikasi, dalam bab ini juga menjelaskan tentang konsep dasar asuhan keperawatan yang terdiri

dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

BAB III yaitu tinjauan kasus dan pembahasan, Dimana dalam tinjauan kasus ini berisi tentang bagaimana asuhan keperawatan yang telah di lakukan dengan beberapa cara yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan catatan perkembangan.

BAB IV yaitu penutupan yang berisi tentang Kesimpulan dan rekomendasi dari penulisan karya tulis ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Hernia

1. Pengertian

Hernia berasal dari bahasa latin, *herniae* merupakan penonjolan isi suatu dinding rongga. Dinding rongga yang lemah itu membentuk kantung dengan pintu berupa cincin. Hernia bisa di sebut dengan nama burut, merupakan lubang atau robekan pada otot yang menutupi rongga perut di bawah lapisan kulit. Lubang ini memungkinkan belitan usus menonjol keluar dan membentuk benjolan di bawah kulit (Mardiansyah, 2023).

Hernia inguinalis adalah sebuah kasus yang sering di temui secara umum Adapun salah satu ciri hernia inguinalis yaitu adanya penonjolan seluruh atau Sebagian organ melalui lokus minoris dinding abdomen (Sayuti & Aprilita, 2023). Hernia inguinalis adalah suatu keadaan Dimana bagian dari isi perut menonjol keluar dari rongga normalnya melalui dinding rongga perut di area inguinal , terdapat dua jenis hernia inguinalis yaitu hernia inguinalis lateral dan medial (Awallul et al., 2024)

Hernia inguinalis didefinisikan sebagai suatu kondisi Dimana terdapat penonjolan di area abdomen akibat bagian bawah kulit dari peritoneum yang mungkin mengandung organ organ perut khususnya di daerah inguinal. Hernia inguinalis adalah penonjolan organ-organ abdominal di daerah inguinal. Kondisi ini dapat disebabkan oleh kelainan bawaan atau kelemahan serta cacat pada bagian dalam abdomen (Awallul et al., 2024)

2. Etiologi

Hal yang menyebabkan hernia menurut (Dian Anantya Paramita Putri, 2022) adalah:

- a. Kelainan kongenital atau kelainan bawaan.
- b. Kelainan didapat, meliputi:
 - 1) Jaringan kelemahan.
 - 2) Luasnya daerah di dalam ligamen inguinal.
 - 3) Trauma.
 - 4) Kegemukan.
 - 5) Melakukan pekerjaan berat.
 - 6) Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar.

Menurut Aprilia (2022) dan Siringo Ringo (2019), terdapat sejumlah faktor yang dapat memicu terjadinya hernia. Faktor-faktor tersebut antara lain adalah

- a. Keberadaan cairan di dalam rongga perut (ascites)
- b. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).
- c. Kondisi bawaan sejak lahir, serta adanya riwayat hernia dalam keluarga atau faktor keturunan.
- d. Kebiasaan mengejan,
- e. peningkatan tekanan intraabdomen yang terjadi secara berulang, dan lemahnya otot-otot pada dinding perut juga turut berperan.
- f. Terbukanya prosesus vaginalis, baik karena kelainan bawaan

(kongenital) maupun karena faktor yang didapat kemudian (akuisita), juga dapat menyebabkan hernia.

g. Faktor lainnya termasuk aktivitas pekerjaan yang menuntut tenaga fisik besar

h. batuk yang berlangsung dalam jangka waktu lama.

3. Patofisiologi

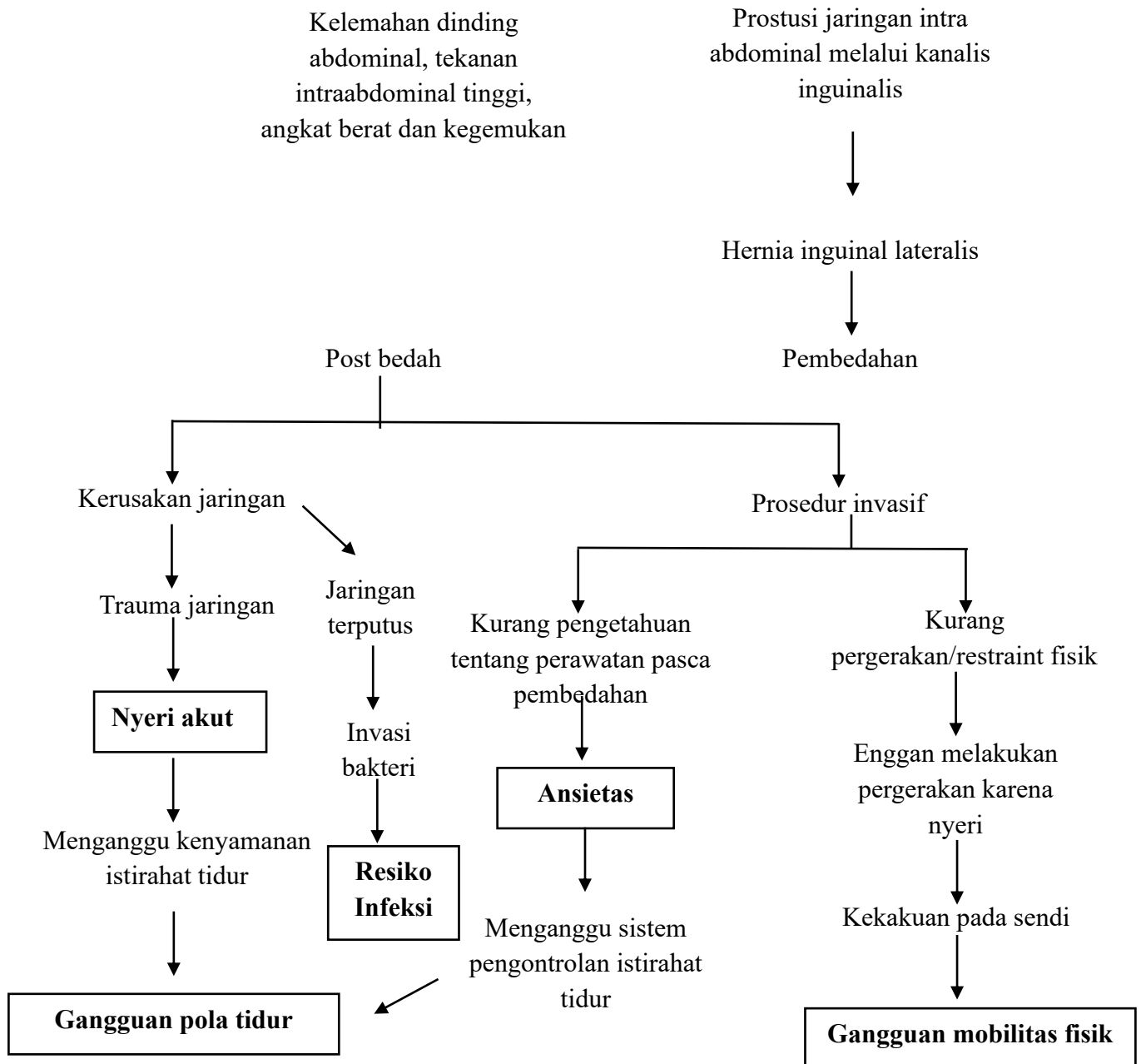
Hernia berkembang pada saat intraabdominal mengalami peningkatan tekanan seperti mengejan, bersin terlalu kuat, batuk kronis maupun pada saat melakukan aktivitas berat. Tekanan berlebihan pada perut menyebabkan kelemahan, yang bisa disebabkan oleh dinding perut yang tipis. Yang akan terjadi adalah kerusakan pada abdominal dan terjadi hernia. Seiring bertambahnya usia insiden hernia meningkat dikarenakan penyakit yang meningkatkan tekanan intra-abdomen dan mengakibatkan kurangnya kekuatan pada jaringan pendukung.

Pada orang dewasa, hernia terjadi seiring bertambahnya usia dikarenakan terjadinya kelemahan pada otot-otot dinding perut. Seiring bertambahnya usia, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah tertutup. Kanalis merupakan area locus minoris resistance, maka bisa terbuka kembali jika terjadi tekanan intraabdomen seperti batuk kronik, mengejan dan mengangkat barang berat. Hal itu dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis karena terdorongnya suatu jaringan tubuh. Hernia memiliki 3 unsur yaitu kantong hernia terdiri dari peritoneum, isi hernia terdiri dari usus,

ovariumm, apendiks di vertikel dan bulu-bulu, struktur hernia berupa kulit (skrotum).

Tonjolan yang semakin besar, lama kelamaan tidak bisa masuk kembali secara spontan maupun dengan berbaring tetapi membutuhkan dorongan dengan jari yang disebut hernia reponible. Jika kondisi seperti ini dibiarkan saja maka dapat terjadi perlengketan dan lama kelamaan perlengketan tersebut menyebabkan tonjolan yang tidak dapat dimasukkan kembali dan disebut hernia irreponible. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Dari pembedahan tersebut terdapat luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan nyeri yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mempengaruhi istirahat tidur, mengurangi pergerakan dan resiko infeksi.(Setyaningrum, 2023)

4. Pathway Hernia Inguinalis Lateral



(Dian Anantya Paramita Putri, 2022)

Bagan 2. 1 Pathway

5. Klasifikasi

Hernia inguinalis indirek, yang juga dikenal sebagai hernia inguinalis lateralis, terjadi ketika bagian usus menembus keluar dari rongga peritoneum melalui annulus inguinalis internus, yang terletak di sisi lateral dari pembuluh epigastrika inferior. Setelah melewati annulus tersebut, hernia akan memasuki kanalis inguinalis, dan apabila ukurannya cukup besar, dapat terus menjulur hingga melewati annulus inguinalis eksternus. Dalam kasus lanjut, tonjolan hernia ini bisa sampai ke skrotum, dan kondisi tersebut dikenal sebagai hernia skrotalis. Kantong hernia pada kondisi ini terletak anteromedial terhadap vas deferens dan struktur lainnya dalam funikulus spermatikus, yang berada di dalam otot kremaster. Pada anak-anak, penyebab utama dari hernia inguinalis jenis ini umumnya adalah kegagalan penutupan prosesus vaginalis peritoneum setelah testis turun ke dalam skrotum, yang merupakan kelainan bawaan (Adolph, 2016)

Sementara itu, hernia inguinalis direk atau hernia inguinalis medialis merupakan jenis hernia yang menonjol langsung ke depan melalui segitiga Hesselbach. Area segitiga ini dibatasi oleh ligamentum inguinalis di bagian bawah, pembuluh epigastrika inferior di sisi lateral, serta tepi otot rektus abdominis di sisi medial. Dasar segitiga ini terdiri atas fasia transversalis, yang diperkuat oleh serabut aponeurosis otot transversus abdominis, namun kadang-kadang kekuatannya tidak optimal, sehingga menjadi titik lemah yang memungkinkan terjadinya hernia. Berbeda dengan tipe indirek, hernia medialis tidak sering menyebabkan strangulasi, karena ukuran cincin

hernianya biasanya cukup besar dan hernia ini tidak melewati kanalis inguinalis maupun mencapai skrotum. Jenis hernia ini hanya mencakup sekitar 15% dari seluruh kasus hernia inguinalis. Kantong hernia menonjol langsung ke arah anterior melalui dinding posterior kanalis inguinalis, dan posisinya terletak medial terhadap arteri dan vena epigastrika inferior. Karena adanya tendon conjoint, yang merupakan gabungan insersi otot obliquus internus abdominis dan otot transversus abdominis, hernia ini cenderung hanya berupa penonjolan biasa dengan leher hernia yang lebar. Kasus ini jarang terjadi pada wanita, lebih sering ditemukan pada pria usia lanjut dengan kondisi otot dinding perut yang melemah, dan sering kali bersifat bilateral (Adolph, 2016)

6. Manifestasi Klinis

Gejala klinis yang muncul sangat bergantung pada jenis hernia yang diderita. Pada kasus hernia inguinalis, biasanya terlihat benjolan atau pembengkakan di area sekitar tulang kemaluan, tepatnya di kedua sisi. Kondisi ini sering kali disertai dengan sensasi terbakar, suara berdeguk, nyeri, atau rasa tidak nyaman di daerah selangkangan.

Gejala tersebut cenderung semakin parah saat penderita melakukan aktivitas fisik seperti mengangkat beban, mengejan, atau bahkan hanya berdiri. Hal ini terjadi akibat peningkatan tekanan intraabdomen yang mendorong isi rongga perut melewati kanal inguinal (Awallul et al., 2024)

Pada orang dewasa, salah satu keluhan yang sering muncul adalah adanya benjolan di daerah inguinal yang tampak ketika penderita

melakukan aktivitas seperti mengejan, batuk berkepanjangan, atau saat bekerja berat, namun benjolan tersebut biasanya mengempis ketika penderita beristirahat atau dalam posisi terlentang. Menurut (Setyaningrum, 2023), gejala klinis dari hernia inguinalis antara lain:

- a. Muncul benjolan di daerah lipatan paha, yang dapat berada di luar atau dalam bagian organ.
- b. Rasa nyeri yang disertai mual pada lokasi benjolan, terutama jika isi hernia mengalami penjepitan.
- c. Timbul rasa mual dan muntah apabila telah terjadi komplikasi.
- d. Ukuran benjolan akan meningkat saat penderita mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat.

7. Penatalaksanaan Medis

Penanganan hernia terbagi menjadi dua pendekatan utama, yaitu konservatif dan operatif.

a. Penanganan Konservatif

Metode konservatif tidak bersifat permanen dan memungkinkan kekambuhan hernia di kemudian hari (Setyaningrum, 2023). Penanganan ini mencakup beberapa teknik berikut:

1) Reposisi

Reposisi adalah tindakan medis untuk mengembalikan isi hernia ke dalam rongga perut. Teknik ini dilakukan dengan menggunakan kedua tangan (bimanual), di mana tangan kiri membentuk corong untuk menahan, sementara tangan kanan digunakan untuk

mendorong isi hernia melalui cincin hernia kembali ke abdomen. Prosedur ini tidak disarankan untuk hernia inguinalis strangulasi, kecuali pada kasus anak-anak.

2) Suntikan Sklerotik

Tindakan ini melibatkan penyuntikan zat sklerotik, seperti alkohol, di sekitar area hernia. Tujuannya adalah untuk mempersempit lubang hernia agar mencegah keluarnya isi perut melalui celah tersebut.

3) Pemakaian Sabuk Hernia

Sabuk hernia digunakan pada pasien yang memiliki celah hernia berukuran kecil dan tidak bersedia menjalani tindakan operasi. Alat ini berfungsi sebagai penunjang luar untuk menahan hernia agar tidak menonjol.

b. Penanganan Operatif

Untuk kasus hernia inguinalis lateralis, pendekatan operatif dianggap sebagai metode paling rasional dan efektif dalam pengobatan. Operasi hernia terbagi ke dalam tiga jenis prosedur, yaitu:

1) Herniotomi

Prosedur herniotomi dimulai dengan membuka kantong hernia untuk mengevaluasi isi di dalamnya. Setelah itu, isi kantong dikembalikan ke dalam rongga perut, kemudian kantong hernia diikat dan dipotong (Wahid et al., 2019).

2) Hernioplasti

Hernioplasti adalah tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mencegah kekambuhan hernia. Ini dilakukan dengan memperkecil ukuran cincin inguinal dan memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis (Wahid et al., 2019).

3) Herniorafi

Pada prosedur herniorafi, isi kantong hernia dikembalikan ke dalam abdomen, kemudian celah tempat keluarnya hernia ditutup dengan menjahit otot-otot seperti transversus abdominis dan obliquus internus abdominis ke ligamentum inguinale (Siringo Ringo, 2019).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Dian Anantya Paramita Putri, 2022) pemeriksaan penunjang untuk pasien hernia ada dua yaitu :

- a. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematocrit), peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit.

9. Komplikasi

Hernia inguinalis memiliki potensi menimbulkan berbagai komplikasi, baik sebelum maupun setelah tindakan pembedahan dilakukan.

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi meliputi pembengkakan skrotum (edema skrotum), kerusakan jaringan testis atau atrofi testis (Engbang et al., 2021), serta nyeri pascaoperasi yang berlangsung kronis akibat terjepitnya saraf (Berndsen et al., 2019). Selain itu, kondisi strangulasi yang menghambat aliran darah ke usus dapat menyebabkan nekrosis, dan terdapat pula risiko cedera pada struktur saraf seperti vena femoralis, nervus ilioinguinalis, dan nervus iliofemoralis (Meliani & Dytho, 2022).

Sementara itu, menurut Nuruzzaman (2019), komplikasi yang umum terjadi akibat hernia meliputi:

- a. Terjadinya kekambuhan atau hernia rekuren
- b. Pembentukan hematoma
- c. Gangguan berupa retensi urin
- d. Infeksi pada area luka operasi
- e. Nyeri yang muncul secara akut maupun kronis
- f. Pembesaran pada testis sebagai akibat dari atrofi testis.

10. Dampak hernia terhadap Kebutuhan dasar manusia

Menurut (Peternelli et al., 2023) Hernia pada pria dapat mempengaruhi beberapa aspek kebutuhan dasar manusia, terutama yang berkaitan dengan kesehatan fisik, rasa nyaman, dan aktivitas sehari-hari. Meskipun hernia tidak langsung mengancam jiwa, namun dapat menimbulkan ketidaknyamanan, nyeri, dan keterbatasan aktivitas jika dibiarkan tanpa penanganan yang tepat.

Berikut adalah beberapa dampak hernia pada pria terhadap kebutuhan dasar manusia:

a. Kesehatan Fisik:

- 1) Nyeri: Hernia dapat menyebabkan nyeri, terutama saat melakukan aktivitas tertentu seperti mengangkat beban atau batuk.
- 2) Ketidaknyamanan: Pria dengan hernia mungkin merasa tidak nyaman di daerah selangkangan atau di sekitar benjolan hernia.
- 3) Komplikasi: Hernia dapat menyebabkan komplikasi seperti strangulasi (terjepit) atau incarceration (tidak bisa kembali ke posisi semula) yang memerlukan penanganan medis segera.

b. Kebutuhan Rasa Nyaman:

- 1) Nyeri: Nyeri yang disebabkan oleh hernia dapat mengganggu kenyamanan dan membuat seseorang merasa gelisah.
- 2) Ketidaknyamanan: Benjolan hernia dan sensasi panas atau berat di daerah selangkangan dapat menyebabkan ketidaknyamanan yang signifikan.

c. Aktivitas Sehari-hari:

- 1) Keterbatasan: Hernia dapat menyebabkan keterbatasan aktivitas, terutama saat mengangkat beban atau melakukan gerakan tertentu.

- 2) Gangguan Tidur: Nyeri dan ketidaknyamanan yang disebabkan oleh hernia dapat mengganggu tidur dan membuat seseorang merasa lelah.
- 3) Gangguan Fungsi Seksual: Meskipun hernia tidak secara langsung mempengaruhi fungsi seksual, namun nyeri dan ketidaknyamanan yang disebabkan oleh hernia dapat mempengaruhi kualitas kehidupan seksual.

d. Kebutuhan Psikososial:

- 1) Kekhawatiran: Pria dengan hernia mungkin merasa khawatir tentang komplikasi yang mungkin terjadi atau tentang efek jangka panjang dari penyakit ini.
- 2) Perubahan Citra Tubuh: Benjolan hernia dan nyeri yang disebabkan oleh penyakit ini dapat mempengaruhi citra tubuh seseorang.
- 3) Isolasi Sosial: Dalam beberapa kasus, hernia dapat menyebabkan seseorang merasa malu atau terisolasi secara sosial karena gejala yang dialami.

e. Kebutuhan Keamanan:

- 1) Keterbatasan: Hernia dapat menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan keamanan diri, seperti mengangkat beban atau berolahraga.
- 2) Komplikasi

Komplikasi hernia seperti strangulasi usus dapat mengancam nyawa dan memerlukan penanganan medis segera.

Secara umum, hernia pada pria dapat mempengaruhi berbagai aspek kebutuhan dasar manusia, terutama yang berkaitan dengan kesehatan fisik, rasa nyaman, dan aktivitas sehari-hari. Penting bagi pria yang mengalami hernia untuk segera mencari penanganan medis agar dapat mengurangi dampak yang ditimbulkan dan mencegah komplikasi yang lebih serius.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Hasliani (2021), proses keperawatan adalah metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam rangka pemecahan masalah kesehatan pasien/klien, di mulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan dan nilai tindakan keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang menuntut ketelitian agar berbagai permasalahan pasien dapat teridentifikasi dengan baik, sehingga tindakan keperawatan yang diberikan menjadi tepat sasaran (Hamriyani, 2020). Proses pengkajian ini mencakup beberapa komponen penting, antara lain:

- a. Anamnesa

- 1) Identitas pasien Informasi dasar yang di kumpulkan meliputi nama pasien,tanggal lahir, umur, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, tanggal masuk, no rm, diagnosa medis.
 - 2) Keluhan utama, pada umumnya keluhan pada pasien post op adalah rasa nyeri.
 - 3) Riwayat penyakit sekarang, didapatkan keluhan nyeri hebat pada Abdominal bawah, dan nyeri sekitar selangkangan maupun testis, keluhan gasrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta kelelahan pasca nyeri sering di dapatkan
 - 4) Riwayat penyakit dahulu
 Pada riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji antara lain penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian aktivitas (khususnya pekerjaan) yang mengangkat beban berat juga mempunyai resiko terjadi hernia.
 - 5) Riwayat Psikososial
 Meliputi informasi mengenai prilaku, perasaan dan emosi pasien yang sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit pasien.
- b. 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.

c. 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 Pernafasan

Kaji adanya gangguan pada pola napas klien, biasanya klien post operasi hernia pernafasan 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.

d. Analisa Data

Tabel 2. 1 : Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	Data Subjektif a. Pasien mengeluh nyeri Data Objektif a. Terdapat luka akibat hernia atau tindakan post hernioraphy b. Pasien tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah e. Peningkatan frekuensi tanda tanda vital f. Sulit tidur	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut (D. 0077)
2	Data Subjektif a. Pasien mengeluh sulit menggerakan ekstremitasnya b. Pasien mengeluh nyeri saat menggerakan ekstremitasnya	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Prosedur invasif ↓	Gangguan Mobilitas Fisik(D. 0054)

	c. Pasien mengeluh enggan melakukan pergerakan Data Objektif a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun c. Sendi kaku d. Gerakan terbatas e. Fisik lemah	Kurang pergerakan/restraint fisik ↓ Enggan melakukan pergerakan karena nyeri ↓ Kekakuan pada sendi ↓ Gangguan mobilitas fisik	
3	Data Subjektif a. - Data Objektif a. Terdapat luka akibat tindakan hernioraphy	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Jaringan terputus ↓ Invasi bakteri ↓ Resiko infeksi	Resiko Infeksi (D. 0142)
4	Data Subjektif a. Pasien mengeluh sulit tidur b. Pasien mengeluh sering terjaga c. Pasien mengeluh tidak puas tidur d. Pasien mengeluh pola tidur berubah e. Pasien mengeluh istirahat tidak cukup Data Objektif	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Nyeri akut ↓	Gangguan Pola Tidur (D. 0055)

	a. Pasien terlihat menguap sesekali b. Mata pasien terlihat mengantuk c. Pasien terlihat lesu	Mengganggu kenyamanan istirahat tidur ↓ Gangguan pola tidur	
5	Data Subjektif a. Pasien merasa bingung b. Pasien merasa khawatir akibat kondisi yang sedang dihadapinya Data Objektif a. Tampak gelisah b. Tampak tegang c. Sulit tidur d. Tanda tanda vital meningkat e. Leukosit 11.000	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Prosedur invasif ↓ Kurang pengetahuan tentang perawatan pasca pembedahan ↓ Ansietas	Ansietas (D. 0080)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016) Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang di alami baik secara actual maupun potensial.

Diagnosa yang sering muncul pada pasien hernia inguinalis antara lain : (Hamriyani, 2020)

a. Nyeri Akut (D. 0077)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab Agen Pencedera fisik (misalnya. Prosedur operasi.

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data yang dapat menunjang munculnya diagnosa

nyeri akut antara lain :

(1) Klien mengeluh nyeri

(2) Tampak meringis

(3) Bersikap protektif (misalnya. Waspada, posisi menghindari nyeri

(4) Gelisah

(5) Frekuensi nadi meningkat

(6) Sulit tidur

b) Data Minor

(1) Tekanan darah meningkat

(2) Pola nafas berubah

(3) Nafsu makan berubah

(4) Proses berpikir terganggu

(5) Menarik diri

(6) Berfokus pada diri sendiri

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0142)

1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Penyebab nyeri

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan mobilitas fisik antara lain :

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- (2) Kekuatan otot menurun
- (3) Rentang gerak (ROM)

b) Data Minor

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak
- (4) Sendi kaku

(5) Gerakan tidak terkoordinasi

(6) Gerakan terbatas

(7) Fisik lemah

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

c. Resiko Infeksi (D. 0142)

1) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Penyebab Efek prosedur invasif

3) Batasan Karakteristik

-

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif kronis
- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasif

- f) Kondisi penggunaan obat steroid
 - g) Penyalahgunaan obat
 - h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
 - i) Kanker
 - j) Gagal ginjal
 - k) Imunosupresi
 - l) Lymphedema
 - m) Leukositopenia
 - n) Gangguan fungsi hati
- d. Gangguan Pola Tidur (D. 0055)
- 1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.
 - 2) Penyebab nyeri
 - 3) Batasan Karakteristik
 - a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan pola tidur antara lain :

 - (1) Mengeluh sulit tidur
 - (2) Mengeluh sering terjaga
 - (3) Mengeluh tidak puas tidur
 - (4) Mengeluh pola tidur berubah
 - (5) Mengeluh istirahat tidak cukup

b) Data Minor

(1) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Nyeri/kolik

b) Hipertiroidisme

c) Kecemasan

d) Penyakit paru obstruktif kronis

e) Kehamilan

f) Periode pasca partum

g) Kondisi pasca operasi

e. Ansietas (D. 0080)

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman

2) Penyebab krisis situasional

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa ansietas antara lain :

(1) Merasa bingung

(2) Merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi

(3) Sulit berkonsentrasi

b) Data Minor

(1) Mengeluh pusing

(2) Anoreksia

(3) Palpitasi

(4) Merasa tidak berdaya

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Penyakit kronis progresif

b) Penyakit akut

c) Hospitalisasi

d) Rencana operasi

e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas

f) Tahap tumbuh kembang

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 2 Perencanaan

No	Dx (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatn (SIKI)	Rasional
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (D. 0077)	L.08066 Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... di harapkan tingkat nyeri menurun	I.08238 Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Observasi 1) Diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan, adakah

		Kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi meningkat	2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa	rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2) Untuk mengetahui skala nyeri pasien 3) Untuk mengetahui adanya respon nyeri non verbal 4) Untuk mengetahui faktor yang memperberat nyeri 5) Untuk mengetahui pengetahuan dan keyakinan pasien terhadap nyeri 6) Untuk mengetahui pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien 8) Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan terapi komplementer 9) Untuk mengetahui efek samping penggunaan analgetik terhadap pasien Terapeutik 1) Untuk membantu pasien dalam mengurangi rasa nyeri
--	--	--	--	--

			nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitas istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik non farmakologis Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	2) Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman 3) Untuk memenuhi istirahat tidur pasien 4) Untuk membantu pasien dalam meredakan nyeri Edukasi 1) Memberikan informasi terkait nyeri yang di rasakan klien 2) Memudahkan klien untuk mengurangi rasa nyeri secara sederhana 3) Agar saat nyeri muncul pasien dapat memonitor secara mandiri 4) Agar obat dapat di bereaksi secara cepat 5) Agar pasien mengetahui cara mengurangi nyeri dengan cara teknik non farmakologis Kolaborasi 1) Untuk meredakan nyeri
2	Gangguan Mobilitas Fisik	L.05042 Mobilitas Fisik	I.05173 Dukungan Mobilisasi Observasi :	Observasi

	berhubungan dengan nyeri (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam di harapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat	1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	1) Untuk mengetahui adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya 2) Untuk mengetahui seberapa jauh klien mampu bergerak secara aman 3) Untuk mengetahui angka tekanan darah pada pasien 4) Agar segera di tangani masalah pada mobilisasi pasien Terapeutik 1) Untuk membantu pasien dalam mobilisasi 2) Jika pasien merasa lemah 3) Dukungan keluarga dapat meningkatkan keberhasilan mobilisasi Edukasi 1) Agar pasien paham pentingnya mobilisasi dan tidak takut melakukannya 2) Agar pasien dapat bergerak secara mandiri
--	------------------------------------	--	---	--

				3) Untuk membantu pasien mulai bergerak secara mandiri
3	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D. 0142)	L.14137 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam di harapkan tingkat infeksi menurun Kriteria hasil : 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik	I.14539 Pencegahan infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan mencuci tangan dengan benar 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	Observasi 1) Dengan memonitor tanda dan gejala infeksi dapat diketahui sejak dini Terapeutik 1) Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung 2) Untuk mempertahankan lingkungan aseptik pada pasien 3) Untuk melindungi klien yang rentan infeksi Edukasi 1) Untuk memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga dapat membantu mereka waspada dan segera melapor jika ada perubahan pada luka

			2) Untuk mencegah penularan infeksi 3) Nutrisi tang baik untuk memperkuat daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan 4) Untuk menjaga hidrasi Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	2) Untuk mencegah penularan infeksi 3) Nutrisi tang baik untuk memperkuat daya tahan tubuh dan mempercepat proses penyembuhan 4) Untuk menjaga hidrasi Kolaborasi 1) Untuk menjaga terjadinya infeksi
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D. 0055)	L.05045 Pola tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam diharapkan pola tidur membaik Kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan tidak puas tidur menurun 4) Keluhan pola tidur berubah menurun 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun	I.05174 Dukungan tidur Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (missal kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan (misal	Observasi 1) Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pada pasien 2) Untuk merancang intervensi spesifik yang efektif 3) Untuk menghindari terjadinya gangguan saat waktu tidur 4) Untuk mengetahui pasien mengkonsumsi obat tidur/tidak Terapeutik 1) Untuk membuat pasien nyaman

			pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2) Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4) Tetapkan jadwal tidur rutin 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal pijit, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3) Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur	dalam istirahat tidurnya 2) Agar jam tidur malam tidak terganggu 3) Dengan mendengarkan musik sebelum tidur dapat membuat rileks 4) Agar pola tidur pasien tetap terjaga 5) Posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi nyeri, ketegangan otot, serta memperlancar sirkulasi darah, yang berpengaruh terhadap kualitas tidur yang lebih baik 6) Untuk membuat pola tidur pasien tetap terjaga Edukasi 1) Tidur cukup dapat mempercepat proses penyembuhan 2) Agar tidak mengganggu waktu tidur 3) Untuk mencegah terjadinya gangguan saat tidur malam
--	--	--	--	--

			4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal psikologis, gaya, hidup, sering berubah shift bekerja) 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	4) Untuk mengetahui pengganggu kualitas tidur secara keseluruhan 5) Untuk mengetahui penyebab yang mendasari gangguan tidur 6) Untuk menurunkan tekanan darah, denyut jantung, serta meningkatkan ketenangan, sehingga mempermudah tidur secara alami tanpa obat.
5	Ansietas berhubungan dengan krisis situasioanal (D. 0080)	L.09093 Tingkat Ansietas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x...jam di harapkan tingkat ansietas menurun Kriteria hasil : 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi menurun	I.09326 Terapi Relaksasi Observasi 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3) Identifikasi kesediaan,	Observasi 1) Untuk mengetahui kemampuan kognitif pasien 2) Untuk membuat pasien lebih tenang 3) Untuk mengetahui sejauh mana kemampuan pasien dalam penggunaan teknik relaksasi 4) Untuk mengetahui angka tekanan darah pada pasien

		3) Perilaku gelisah menurun 4) Perilaku tegang menurun 5) Konsentrasi membaik 6) Pola tidur membaik	kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3) Gunakan pakaian longgar 4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi	5) untuk mengetahui respon pasien terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1) untuk membuat perasaan pasien lebih tenang dan tidak tegang 2) agar pasien dapat mengerti prosedur teknik relaksasi 3) untuk memberikan kenyamanan fisik dan mendukung sirkulasi udara yang baik 4) untuk menciptakan suasana yang mendukung relaksasi. 5) Relaksasi dapat meningkatkan efektivitas pengobatan medis atau analgetik dengan mengurangi ketegangan otot, kecemasan, dan persepsi nyeri. Edukasi
--	--	--	---	--

			1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3) Anjurkan mengambil posisi nyaman 4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6) Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)	1) pemahaman yang baik juga meningkatkan motivasi dan kepatuhan pasien terhadap intervensi. 2) Agar pasien tahu langkah-langkah yang harus dilakukan dengan benar. 3) Untuk membuat posisi tubuh yang nyaman mencegah ketegangan otot 4) Untuk membantu meningkatkan kesadaran tubuh memperkuat efek relaksasi, dan mengurangi pikiran negatif atau stres. 5) Untuk menghadapi stres atau gangguan tidur. 6) Untuk meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam melakukan teknik tersebut secara mandiri.
--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses pelaksanaan intervensi yang telah dirancang sebelumnya, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara maksimal. Tindakan keperawatan dilaksanakan berdasarkan urutan prioritas masalah yang telah ditetapkan

dalam rencana asuhan keperawatan, mencakup penentuan nomor urut serta waktu pelaksanaan dari setiap intervensi yang dijalankan sebagai bagian dari asuhan keperawatan (Basri, Tri, Egi, 2020).

Implementasi dalam asuhan keperawatan bertujuan untuk mendampingi pasien dalam mencapai sasaran yang telah dirancang sebelumnya, seperti peningkatan status kesehatan, tindakan pencegahan terhadap penyakit, pemulihan kondisi tubuh, serta membantu pasien dalam beradaptasi secara efektif, terutama bila pasien menunjukkan kemauan untuk turut serta dalam proses pelaksanaan keperawatan (Polopadang.V, 2019). Selain itu, implementasi juga berperan dalam merealisasikan rencana keperawatan yang telah disusun, yang kemudian akan dievaluasi untuk menilai perkembangan kesehatan pasien dalam jangka waktu pendek, menjaga ketahanan fisik, menghindari terjadinya komplikasi, mengidentifikasi adanya perubahan fisiologis, serta menciptakan lingkungan perawatan yang mendukung kenyamanan pasien

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi:

- a. Evaluasi formatif : hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. Evaluasi sumatif : rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan.

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai berikut:

S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.

P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.

I : Implementasi

E : Evaluasi

R : Reassessment atau pengkajian ulang.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Hidayat, 2019)

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas pasien

Nama	: Tn. S
Tanggal Lahir	: 03-04-1964
Usia	: 61 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Kp. Leweung tiis, Desa. Haruman, Kecamatan. Leles, Kabupaten Garut
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh Lepas
Agama	: Islam
Tanggal Masuk	: 22-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 23-04-2025
No Rm	: 00240754
Diagnosa Medis	: Hernia Inguinalis Lateral

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Usia	: 38 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Kp. Leweung tiis, Desa. Haruman, Kecamatan Leles, Kabupaten Garut
Hubungan dengan pasien	: Ayah Kandung

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

Nyeri pada luka post Op.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian, pada tanggal 23 April 2025 di Rs. Guntur ruang tulip, klien mengatakan nyeri pada luka post operasi nyeri bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang saat istirahat, nyeri di rasakan seperti di sayat-sayat pada bagian daerah selangkangan dengan skala nyeri 6 (0-10) dan nyeri di rasakan hilang timbul. Pasien mengatakan sulit tidur.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

1 bulan sebelum masuk Rumah sakit, klien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah dan ada keluhan benjolan di daerah selangkangan yang hilang timbul terutama saat batuk, mengejan, dan berdiri terlalu lama, pasien memiliki riwayat sering mengangkat beban berat karena pekerjaannya sebagai buruh lepas.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien. Selain itu, dalam keluarganya juga tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit turunan seperti diabetes melitus, hipertensi, asma, jantung, dan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai Riwayat penyakit menular seperti tuberculosis, hepatitis B, dan Hiv/Aids.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Lemah

a) Kesadaran : Composmentis

b) Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 130/80 mmHg

Nadi : 90x/menit

Suhu : 36,1°C

Saturasi Oksigen : 96%

Respirasi : 20x/menit

c) Antropometri

Tinggi Badan : 170cm

Berat Badan : 55kg

2) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pencernaan

Bibir klien tampak simetris, mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan dan sedikit gelap, gigi tidak lengkap, tampak hanya sisa 25 normalnya 32, klien tidak menggunakan kawat gigi, gigi tampak bersih, klien dapat menelan dengan baik, 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. Bunyi timpani tidak ditemukan. Terdapat nyeri tekan di daerah luka post operasi hernioraphy di perut kanan bawah dekat selangkangan, terdapat luka sepanjang 7cm.

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 reguler (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 (Troklearis)

Nervus troklearis normal dibuktikan dengan klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan kebawah.

(5) Nervus V (Abdusen)

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

(6) Nervus VI (Trigeminus)

Nervus trigeminus normal dibuktikan dengan sensori 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 simetrik 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 (Glasopharingeus)

Nervus glasopharingeus 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

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 kanan. Panjang luka 7 cm, luka jaitan tampak basah, 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 Penginderaan

(1) Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris antara kanan dan kiri, keadaan mata bersih, konjungtiva tidak anemis, kelopak mata tampak kehitaman, 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. Aspek Psikologis

Wajah klien tampak lemah, status emosi klien stabil, dapat mengelola rasa nyeri pasca operasi, dapat membangun pemahaman, pentingnya mobilisasi pasca operasi

g. Aspek spiritual dan Sosial

1) Aspek Spiritual

Agama klien beragama islam dan klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

2) Aspek Sosial

Klien mampu berkomunikasi dengan orang lain, keluarga, teman sebaya dan lingkungan sekitarnya.

h. Activity Daily

Tabel 3. 1 Activity Daily

No	ADL	Sebelum sakit	Saat Sakit
1	Makan Nutrisi • Menu • Frekuensi • Cairan Minum • Jenis • Frekuensi • Cara	Nasi + Lauk pauk 3x/hari Mandiri Air putih 5-6 gelas Mandiri	Nasi + lauk pauk 3x/hari Di bantu Air putih 5-6 gelas Di bantu
2	Eliminasi BAB • Frekuensi • Konsistensi • Bau • Cara BAK • Frekuensi • Bau • Cara	2x/hari Lembek Khas feces Mandiri 3-4x/hari Khas urine Mandiri	- - - - 1000ml/hari Khas urine Terpasang kateter
3	Istirahat tidur • Lama tidur • Kesulitan tidur • Kualitas tidur	8 jam Tidak ada Nyeyak	5-6 jam Ada Kurang nyenyak
4	Personal hygiene • Mandi • Keramas • Gosok gigi • Memotong kuku • Ganti baju	2x/hari 1x/hari 2x/hari 1x/minggu 2x/hari	- - - - 3x/hari

i. Pemeriksaan Hematologi

Nama : Tn.S

No Rekam Medis : 00240754

Umur : 61 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : 22-04-2025

Tabel 3. 2: Pemeriksaan Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,8	Pria = 14-18 Wanita = 12-16	gr/dl gr/dl
Leukosit	11.000	4000-10.000/m ³	per mm ³
LED		< 10 mm < 20 mm	mm/jam
Trombosit	249.000	150.000-450.000	per mm ³
Hematokrit	45,7	34-45	%
Eritrosit		4,5-6.0	Juta/mm ³
Bleeding Time	1'30"	1-3 menit	Menit
Clothing Time	6'00"	5-15 menit	
Hitung Jenis Leukosit			
Golongan Darah	B (+)		
KIMIA DARAH			
Gula Darah Sewaktu	107	76-100	Mg/dL
IMUNOSEROLOGI			
HBsAg		Non Reaktif	
Syphilis		Negatif	
Anti HIV		Negatif	

j. Program Terapi

Tabel 3. 3 : Program Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Cara	Manfaat
1	Cefotaxime	2x1	IV	Antibiotic sefalosforin golongan 3 untuk infeksi berat
2	Ranitidine	3x25 mg	IV	Penurunan asam lambung untuk tukak lambung,GERD,gastritis
3	Infus RL 500 ml	10 tpm	IV	Cairan infus untuk rehidrasi.syok,perdarahan,luka bakar
4	Dexketoprofen	2x25 mg	IV	Anti inflamasi non steroid untuk meredakan nyeri ringan hingga berat

k. Analisa Data

Tabel 3. 4 : Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif a) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi b) P = nyeri pada luka post operasi Q = seperti di sayat-sayat nyeri bertambah pada saat beraktivitas dan nyeri berkurang saat beristirahat R = pada bagian daerah selangkangan S = skala 6 (0-10)	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Nyeri akut	D.0077 Nyeri Akut

	T = hilang timbul Data Objektif a) Klien tampak terlihat kesakitan b) Terdapat luka jaitan 7cm c) TD : 130/80mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 96%		
2	Data Subjektif a) Klien mengatakan kesulitan dalam tidur b) Pasien mengatakan pola tidurnya berubah c) Pasien mengatakan tidur malam 5-6 jam Data Objektif a) Pasien tampak menguap sesekali b) Pasien tampak lesu c) Kelopak mata pasien tampak kehitaman	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Nyeri akut ↓ Mengganggu kenyamanan istirahat tidur ↓ Gangguan pola tidur	D.0055 Gangguan pola tidur

3	Data Subjektif a) Klien mengeluh nyeri pada luka Post Op Data Objektif a) Terdapat luka operasi pada daerah selangkangan sepanjang 7cm b) Luka tampak dibalut dengan verban steril c) Luka jaitan tampak basah, luka sedikit kemerahan, terdapat rembesan darah pada balutan luka, terdapat pus sedikit, jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat d) Leukosit 11.000	Hernia inguinalis lateralis ↓ Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Kerusakan jaringan ↓ Jaringan terputus ↓ Invasi bakteri ↓ Resiko infeksi	D.0142 Resiko Infeksi
---	---	---	-------------------------------------

2. Diagnosa Keperawatan

- a. D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di
buktikan dengan :

Data Subjektif

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi
- 2) P = Nyeri pada luka post operasi

Q = Seperti di tusuk tusuk. Nyeri bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang saat beristirahat

R = Pada daerah selangkangan

S = Skala nyeri 6 (0-10)

T = Hilang timbul

Data Objektif

- 1) Klien tampak terlihat kesakitan
- 2) Terdapat luka jaitan post op 7 cm
- 3) TD : 130/80mmHg
- N : 90x/menit
- R : 20x/menit
- S : 36,1°C
- SPO2 : 96%

- b. D.0055 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan :

Data Subjektif

- 1) Klien mengatakan kesulitan dalam tidur
- 2) Pasien mengatakan pola tidurnya berubah
- 3) Tidur malam 5-6 jam

Data Objektif

- 1) Pasien terlihat sesekali menguap
- 2) Pasien tampak lesu
- 3) Kelopak mata pasien tampak kehitaman

c. D. 0142 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif di

buktikan dengan :

Data Subjektif

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi

Data Objektif

- 1) Terdapat luka operasi pada daerah selangkangan sepanjang 7cm
- 2) Luka tampak di balut dengan verban steril
- 3) Luka jaitan tampak basah, luka sedikit kemerahan, terdapat rembesan darah pada balutan luka, terdapat pus sedikit, jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat
- 4) Leukosit 11.000

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 : Intervensi Keperawatan

No	Dx (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatn (SIKI)	Rasional
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (D. 0077) DS 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi 2) P = Nyeri pada luka post operasi Q = Seperti di tusuk tusuk. Nyeri bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang saat beristirahat R = Pada daerah selangkangan S = Skala nyeri 6 (0-10) T = Hilang timbul DO	L.08066 Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun Kriteria hasil : 1)Keluhan nyeri menurun 2)Meringis menurun 3)Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3	I.08238 Manajemen nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1) berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi	Observasi 1) Diharapkan dapat mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan, adakah rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2) Mengetahui skala nyeri Terapeutik 1) Untuk mengurangi rasa nyeri 2) Diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang nyaman Edukasi

	1) Klien tampak terlihat kesakitan 2) Terdapat luka jaitan post op 7 cm 3) TD: 130/80mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 96%		1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik dexketoprofen 2x25mg	1) Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien 2) Memudahkan klien untuk mengurangi rasa nyeri secara sederhana Kolaborasi 1) Untuk mengurangi rasa nyeri
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D. 0055) DS 1) Klien mengatakan kesulitan dalam tidur 2) Pasien mengatakan pola tidurnya berubah 3) Tidur malam 5-6 jam DO 1) Pasien sesekali terlihat menguap 2) Pasien tampak lesu	L.05045 Pola tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pola tidur membaik Kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan pola tidur berubah menurun	L.05174 Dukungan Tidur Observasi : 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor peganggu tidur Terapeutik 1) Modifikasi lingkungan 2) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.posisi tidur)	Observasi 1) untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pada pasien 2) untuk merancang intervensi spesifik yang efektif. Terapeutik 1) untuk membuat pasien nyaman dalam istirahat tidurnya 2) mendengarkan musik untuk membuat pasien rileks 3) Posisi tidur yang nyaman dapat mengurangi nyeri,

	3) Kelopak mata pasien tampak kehitaman.		Edukasi 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam)	ketegangan otot, serta memperlancar sirkulasi darah, yang berpengaruh terhadap kualitas tidur yang lebih baik. Edukasi 1) Tidur cukup dapat mempercepat proses penyembuhan 2) Untuk menurunkan tekanan darah dan denyut jantung, serta meningkatkan ketenangan, sehingga mempermudah tidur secara alami tanpa obat.
3	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (D. 0142) DS 1) Klien mengeluh nyeri pada luka operasi DO 1) Terdapat luka operasi pada daerah	L.14137 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tingkat infeksi menurun Kriteria hasil : 1) Kemerahan menurun	I.14539 Pencegahan infeksi Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan	Observasi 1) Dengan memonitor tanda dan gejala infeksi dapat di ketahui sejak dini Terapeutik 1) Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung

	selangkangan sepanjang 7cm 2) Luka tampak di balut dengan verban steril 3) Luka jaitan tampak basah luka sedikit kemerahan, terdapat rembesan darah pada balutan luka, terdapat pus sedikit, jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat	2) Nyeri menurun 3) Bengkak menurun	pasien dan lingkungan pasien 3) Lakukan perawatan luka Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan mencuci tangan dengan benar 3) Ajarkan memeriksa luka operasi	2) Untuk mempertahankan lingkungan aseptik pada klien Edukasi 1) Untuk memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga membantu mereka untuk waspada dan segera melapor jika ada perubahan pada luka 2) Untuk mencegah penularan infeksi 3) Pasien dan keluarga yang mampu melakukan pemantauan luka secara mandiri di rumah dapat membantu mendeteksi lebih awal adanya tanda infeksi atau komplikasi
--	---	--	--	---

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 : Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No.Dx	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	Ttd
1	POD I 24 April 2025 08.30 WIB	- Menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri Hasil: Klien mengatakan mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri bertambah saat beraktivitas dan berkurang saat beristirahat, dirasakan seperti ditusuk-tusuk di bagian dekat selangkangan dengan skala nyeri 6 (0-10) nyeri di rasa hilang timbul dengan panjang luka 7cm - Memonitor skala nyeri Hasil : Skala nyeri 6 (0-10)	09.30 WIB S : - Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dari sebelumnya - Pasien sudah mengerti dengan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi O : - Pasien tampak terlihat meringis - Skala nyeri 6 (0-10) - N : 90x/menit A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : - Monitor skala nyeri	Aulia

		3. Memonitor frekuensi nadi pasien Hasil : Didapatkan hasil frekuensi nadi 90x/menit 4. Memberikan teknik non farmakologis Hasil : Klien di anjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga dan pasien agar tidak berisik dan membatasi pengunjung 6. Mengajarkan teknik distraksi dengan menonton film atau mendengarkan murrotal untuk mengurangi nyeri	2. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah di ajarkan 3. Pantau frekuensi nadi 4. Kontrol lingkungan 5. Berikan analgetik dexketoprofen 2x25 mg IV	
--	--	---	--	--

		Hasil : Pasien mengatakan sudah mengerti dengan teknik yang di ajarkan dan akan mencobanya saat nyeri dirasakan 7. Menjelaskan penyebab nyeri kepada pasien Hasil : Pasien paham tentang penyebab nyeri 8. Berkolaborasi memberikan analgetik dexketoprofen injeksi sesuai program terapi dokter Hasil : Obat di masukan melalui intravena dexketoprofen 2x25mg .		
2	POD I 24 April 2025 09:40 WIB	1. Memantau pola aktivitas dan tidur Hasil : Aktivitas klien kurang efektif , tidur pasien kurang nyenyak 2. Memantau faktor peganggu tidur	10:40 WIB S : 1. Pasien mengatakan kesulitan dalam tidur	Aulia

		Hasil : Adanya nyeri pada luka post op 3. Memodifikasi lingkungan Hasil : Membatasi pengunjung 4. memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : Memdengarkan musik sebelum tidur 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.posisi tidur) Hasil : Posisi tidur semi fowler 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Pasien mengerti yang sudah dijelaskan tentang tidur cukup selama sakit	2. Pasien mengatakan pola tidurnya sedikit berubah 3. Tidur malam 5-6 jam O : 1. Pasien tampak sesekali menguap 2. Pasien tampak lesu 3. Kelopak mata pasien kehitaman A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P : 1) Pantau pola aktivitas dan tidur pasien 2) Modifikasi lingkungan 3) Fasilitasi untuk menghilangkan stress 4) Melakukan otot autogenik relaksasi nafas dalam	
--	--	--	---	--

		7. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam) Hasil : Pasien akan mencoba apa yang sudah di jelaskan dengan terapi relaksasi nafas dalam sebelum tidur		
3	POD I 24 April 2025 10:50 WIB	1. Memantau tanda dan gejala infeksi Hasil Klien mengeluh nyeri pada luka post operasinya ada kemerahan, terdapat sedikit pus, sekitar luka tampak kemerahan teraba hangat . Dilakukan pemeriksaan kondisi balutan memantau luka operasi 2. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak	S : 1. Klien mengeluh masih nyeri pada luka operasi O : 1. Terdapat luka operasi pada bagian selangkangan dengan ukuran 7 cm 2. Luka tampak di balut dengan verban steril 3. Luka jaitan tampak basah, luka sedikit kemerahan, terdapat	Aulia

		Hasil : Menganjarkan klien mencuci tangan sesuai standart 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Klien tampak paham apa yang sudah di jelaskan tentang tanda dan gejala infeksi 4. Mengajarkan cara mencuci tangan Hasil : Klien dan keluarga melakukan cuci tangan yang sudah d ajarkan 5. Melakukan perawatan luka Hasil : Membuka balutan luka, memberisihkan luka dengan cairan NaCl 5%, mengeringkan luka, menutup luka menggunakan kasa.	rembesan darah pada balutan luka, terdapat pus sedikit, jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat A : Masalah resiko infeksi belum teratasi P : Intervensi dilanjtkan 1) Pantau tanda dan gejala infeksi 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak. 3) Melakukan perawatan luka	
--	--	--	--	--

		6. Mengajarkan cara memeriksa luka operasi Hasil : Klien di berikan panduan untuk memeriksa luka secara mandiri		
1	POD II 25 April 2025 09:00 WIB	1. Memonitor skala nyeri Hasil : Skala nyeri 5 (0-10) 2. Memonitor frekuensi nadi pasien Hasil : Didapatkan hasil frekuensi nadi 87x/menit 3. Mengajarkan teknik non farmakologis Hasil : Klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang sudah di ajarkan	10.10 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang dari sebelumnya 2. Pasien mengatakan selalu menggunakan teknik non farmakologi jika nyeri mulai terasa O : 1. Pasien tampak sesekali meringis (meringis berkurang) 2. Skala nyeri 5 (0-10)	Aulia

		4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga dan pasien agar tidak berisik dan membatasi pengunjung 5. Berkolaborasi memberikan analgetik dexketoprofen injeksi sesuai program terapi dokter Hasil : Obat di masukan melalui intravena dexketoprofen 2x25mg .	3. N : 87x/menit A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : 1. Monitor skala nyeri 2. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah di ajarkan 3. Pantau frekuensi nadi 4. Kontrol lingkungan 5. Berikan analgetik dexketoprofen 2x25 mg IV	
2	POD II 25 April 2025 10:30 WIB	1. Memantau pola aktivitas dan tidur Hasil : Aktivitas klien mulai efektif , tidur pasien mulai nyenyak 2. Memodifikasi lingkungan Hasil :	11.40 WIB S : 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur 2. Pasien mengatakan tidurnya mulai nyenyak	Aulia

		Membatasi pengunjung 3. Melakukan cara menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : Pasien mendengarkan musik sebelum tidur untuk membuat kondisinya lebih rileks 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam) Hasil : Pasien mengatakan melakukan terapi relaksasi sebelum tidur	3. Tidur 6 jam O : 1. Pasien tampak lebih segar dari sebelumnya 2. Kehitaman di kelopak mata berkurang A : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P : 1) Pantau pola aktivitas tidur pasien 2) Melakukan terapi relaksasi nafas dalam	
3	POD II 25 April 2025 12:45 WIB	1. Memantau tanda dan gejala infeksi Hasil Klien mengeluh nyeri pada luka post operasinya ada kemerahan, terdapat	13:50 WIB S : 1. Klien mengeluh masih nyeri pada luka operasi	Aulia

		sedikit pus, sekitar luka tampak kemerahan teraba hangat . Dilakukan pemeriksaan kondisi balutan memantau luka operasi 2. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak Hasil : Menganjarkan klien mencuci tangan sesuai standart	O : 1. Terdapat luka operasi pada bagian selangkangan dengan ukuran 7 cm 2. Luka tampak di balut dengan verban steril 4. Luka jaitan tampak basah, luka kemerahan berkurang, , terdapat pus sedikit, jahitan lengkap tidak ada yang terputus, sekitar luka tampak kemerahan berkurang dan teraba hangat A : Masalah resiko infeksi belum teratasi P : Intervensi dilanjtkan 1) Pantau tanda dan gejala infeksi 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak. 3) Lakukan perawatan luka	
--	--	--	--	--

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 : Catatan Perkembangan

No.Dx	Tanggal	Catatan Perkembangan	Ttd
1	26 April 2025 09:00 WIB	S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang 2. Pasien mengatakan selalu melakukan teknik non farmakologis yang diajarkan untuk mengurangi nyeri O : 1. Keluhan nyeri pada pasien berkurang 2. Meringis pada pasien berkurang 3. N : 85 x/menit 4. Skala nyeri 3 (0-10) A : Masalah teratasi P : Intervensi di hentikan	Aulia
2	26 April 2025 09:30 WIB	S: 1. Pasien mengatakan sudah tidur lebih nyenyak dari sebelumnya 2. Pasien mengatakan jam tidur 6-7 jam O : 1. Wajah pasien tampak lebih segar 2. Kehitaman di kelopak mata sudah berkurang A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P: Intervensi dihentikan	Aulia
3	26 April 2025 10:00 WIB	S : 1. Klien mengatakan nyeri mulai berkurang O : 1. Terdapat luka operasi pada bagian selangkangan sebelah kanan 2. Luka tampak dibalut dengan perban steril 3. Luka jaitan tampak basah, kemerahan berkurang, pus tidak ada, sekitar luka tampak kemerahan berkurang teraba hangat . A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di pertahankan I : 1. Memantau tanda dan gejala infeksi pada luka	Aulia

		2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Lakukan perawatan luka E : 1. Karakteristik luka 2. Pantau tanda dan gejala infeksi	
--	--	---	--

B. Pembahasan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Guntur selama 14 hari terhitung dari tanggal 21 April – 04 Mei 2025, penulis mendapatkan tugas untuk membuat karya tulis ilmiah. Penulis mendapatkan kasus pada tanggal 23 April – 27 April 2025. Penulis mendapatkan beberapa kesesuaian dan kesengajaan antara teori dengan kasus di lapangan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar utama di dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, berkesinambungan. Pengumpulan data ini juga harus dapat menggambarkan status kesehatan pasien dan kekuatan masalah-masalah yang dialami oleh pasien.

Pengumpulan dan pengkajian data penulis dilakukan pada tanggal 23 April 2025. Pada kasus ini pasien bernama Tn. S, berjenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Garut 03 April 1964, alamat di Leweung tiis Kecamatan Leles Kabupaten Garut, beragama islam, pendidikan terakhir Smp, bekerja sebagai buruh lepas, dan berstatus menikah.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, Tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 90x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36.1 °C, Spo2 96%, tinggi badan 170 cm dan berat badan 56 kg sebelum sakit dan pada saat sakit 55 kg. Didapatkan data pasien mengatakan 1 bulan sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah dan ada keluhan benjolan di daerah selangkangan yang hilang timbul. Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 pukul 11.00 wib pasien mengeluh nyeri pada luka post op, nyeri bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang ketika di istirahat, nyeri dirasakan seperti di sayat-sayat dengan skala nyeri 6 (0-6), dan nyeri di rasakan hilang timbul. Selain itu pasien juga mengeluh sulit tidur waktu tidur 5-6 jam

Nyeri yang di rasakan setelah post operasi hernioraphy disebabkan oleh cedera pada jaringan, otot, dan saraf selama operasi.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dengan data yang penulis temukan pada pasien saat pengkajian, yaitu adanya keluhan nyeri, peningkatan tanda-tanda vital serta penurunan kualitas tidur.

Pada saat melakukan pengkajian dengan Tn.S penulis tidak mengalami hambatan. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah klien dan keluarga yang kooperatif dan paramedis dan tim yang kompeten sehingga sangat mendukung penulis untuk menggali informasi berupa data objektif dan subjektif tentang kondisi klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI,2017)

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan tanda dan gejala yang dialami oleh klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik di
buktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, tampak meringis dan terdapat luka sepanjang 7cm. Hal ini sesuai dengan yang dialami pasien Tn. S.
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit tidur waktu tidur 5-6 jam
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri luka operasi dan terdapat luka pada daerah selangkangan, luka jaitan tampak basah.

3. Perencanaan

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).

Perencanaan keperawatan ini penulis susun melalui beberapa Langkah yaitu menentukan masalah keperawatan, tujuan keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien. Adapun perencanaan yang penulis susun diantaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, skala nyeri menurun dari 6 menjadi 3 pada rentang 0-10, meringis berkurang dan frekuensi nadi pada rentang 60 100x/ menit. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:
 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - 5) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- b. Gangguan pola tidur berhubungan nyeri akibat terputusnya kontinuitas jaringan Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik

dengan kriteria hasil kesulitan tidur menurun, pola tidur pasien menurun. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Identifikasi faktor peganggu tidur
- 2) Modifikasi lingkungan
- 3) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- 4) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.posisi tidur)
- 5) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam)

c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pencegahan infeksi pasien meningkat dengan kriteria hasil kemerahan menurun, nyeri menurun. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 24-25 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.S berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI, walaupun demikian ada beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan. Hal ini karena intervensi yang disusun disesuaikan kembali berdasarkan kebutuhan, keadaan dan kondisi pasien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, kolaborasi pemberian analgetik dexketoprofen injeksi sesuai program terapi dokter.

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada pasien berkurang meringis berkurang dan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien menurun dari skala 6 menjadi 3 pada rentang 0-10. Pasien juga dapat mengatasi nyeri yang dirasakannya menggunakan teknik non

farmakologi seperti teknik distraksi. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus untuk mengurangi nyeri pada pasien.

b. Gangguan pola tidur berhubungan nyeri akibat

kontinuitas jaringan terputus Implementasi yang dilakukan yaitu dukungan tidur dengan cara mengidentifikasi faktor peggangu tidur, memodifikasi lingkungan, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. posisi tidur), menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam)

Setelah dilakukan implementasi tersebut kesulitan tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun. Implementasi tersebut dapat membantu meningkatkan pola tidur pasien dan kualitas tidur pasien.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Implementasi yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi dengan cara memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan mencuci tangan dengan benar, mengajarkan memeriksa luka operasi.

Setelah dilakukan implementasi tersebut, kemerahan menurun, nyeri menurun.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dapat mengurangi atau mengatasi masalah pasien, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah tiga hari memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S.

berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap tiga masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S didapatkan hasil:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga, karena keluhan nyeri pada Tn. S berkurang, skala nyeri berkurang dari 6 menjadi 3 dan meringis berkurang, selain itu keluarga dan Tn. S kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ketiga dilihat dari jam tidur pasien 6-7 jam dan kehitaman di kelopak mata sudah berkurang. Hal ini di dukung oleh pihak keluarga dan pasien sendiri yang kooperatif dan mengikuti setiap anjuran yang diberikan sehingga masalah dapat teratasi.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi sebagian nyeri berkurang kemerahan berkurang, pus tidak ada. Hal ini

di dukung oleh pihak keluarga dan pasien sendiri yang kooperatif dan mengikuti setiap anjuran yang diberikan

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Dengan Gangguan Sistem pencernaan : Post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateral POD 1 Di Ruang Tulip Rumah Sakit Guntur mulai tanggal 21 April 2025 s/d 04 Mei 2023 dengan menggunakan 5 tahap proses keperawatan terdiri dari : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik simpulan sebagai berikut

1. Pengkajian Pada tahap pengkajian penulis mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem pencernaan : Post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateral. Penulis menemukan data-data: klien mengeluh nyeri pada luka post hernioraphy, nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang ketika di istirahatkan, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, nyeri terasa pada selangkangan di area luka post operasi hernioraphy dengan skala nyeri 6 (0-10) dan nyeri di rasakan hilang timbul. Selain itu pasien mengeluh, kesulitan dalam tidur dan pola tidur berubah. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasien mengalami peningkatan tekanan darah 130/80 mmHg dan nafas. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post hernioraphy pada hernia inguinalis lateral dengan panjang 7 cm

2. Diagnosa Keperawatan

Pada tahap diagnosa keperawatan penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Tn. S dengan post hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral, diantaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan skala nyeri 6 (0-10).
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri di tandai dengan pasien mengatakan kesulitan dalam tidur.
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif di tandai dengan klien mengeluh nyeri pada luka operasi.

3. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Tn. S dengan post Hernioraphy atas indikasi Hernia inguinalis lateral. Adapun intervensi utama yang penulis susun untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis distraksi dengan menonton film atau mendengarkan murrotal, untuk mengurangi nyeri, ajarkan teknik non farmakologis tarik nafas dalam , untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik dexketopropfen 2x25mg.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. Intervensi utama yang diberikan yaitu Identifikasi faktor peganggu tidur, idenfikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis.posisi tidur), jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi (relaksasi nafas dalam)

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif . intervensi utama yang diberikan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungannya, pertahankan teknik aseptik,jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa luka secara mandiri.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. S dengan post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateral berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang di tetapkan pada Tn. S dengan post

Hernioraphy atas indikasi Hernia ingunalis lateral. Dalam melaksanakan evaluasi dengan melihat perkembangan kondisi klien dihubungkan dengan kriteria yang telah ditetapkan, dari 3 masalah keperawatan, terdapat 2

masalah keperawatan yang teratasi dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian, yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi hari ketiga
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri teratasi pada hari ketiga
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi
Sebagian

B. Rekomendasi

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem pencernaan: Post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateral, maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Untuk Perawat dan Institusi Rumah Sakit
 - a. Dapat memberikan pelayanan pada klien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik.
 - b. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal.
 - c. Hendaknya setiap prosedur yang dilakukan terhadap klien terlebih dahulu diberikan penjelasan secara benar dan cermat sehingga lebih dapat meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dan klien

atau keluarga yang dapat menunjang kelancaran proses keperawatan dan mempercepat tujuan dari asuhan keperawatan.

- d. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan, hendaknya dapat meningkatkan aspek prosedural sesuai standar prosedur operasional baik dalam bentuk tindakan maupun peralatan, mengingat komplikasi dari selulitis akibat diabetes melitus yang dapat berakibat fatal apabila tidak di tangani dengan baik dan benar.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis cukup kesulitan dalam mencari sumber pustaka baik berupa jurnal maupun buku sumber terbaru, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis berharap perpustakaan dapat melengkapi sumber pustaka sebagai bahan ajar dan perbandingan antara fakta di lapangan dengan teori secara literatur.

3. Untuk Pasien dan Keluarga

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga dapat lebih memperhatikan dan mencegah terjadinya kembali hernia

DAFTAR PUSTAKA

- Adolph, R. (2016). Hernia dan Penatalaksanaan Keperawatan. Nuha Medika.
- Aristi May Krismonika. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia Inguinalis Dengan Intervensi Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Diruang Mawar RSUD KabupatenTangerang*.
<https://journal.mandiracendikia.com/index.php/ojs3/article/view/394?>
- 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*.
- Dian Anantya Paramita Putri. (2022). *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.
- Dimas Satya Hendarta. (2024). *Insidensi Hernia Inguinal Lateralis Dan Faktor Risiko Terkait Pada Pasien Pria Di Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari*.
<https://journal.uui.ac.id/BIKKM/article/view/28526>
- Mardiansyah, E. (2023). *Disusun oleh : edwin mardiansyah p0 0320120 046*.
- Peternelli, M. de O., Santos, A. C. F., Alvarenga, A. C. A., Chaves, A. L. R., & Leonel, T. A. (2023). Hérnia Inguinal - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, diagnóstico, tratamento, prognóstico e prevenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 24267–24278.
<https://doi.org/10.34119/bjhrv6n5-477>
- 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.
- Widodo, W., Trisetya Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo, M., Raya Purworejo -Kutoarjo NoKm, J., Iii, D., Purworejo, K., & Tengah, J. (n.d.). *TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM DAN GENGAM JARI PADA KLIEN POST HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT*.
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. In Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (hal. 674).
http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- asliani. (2021). Sistem Integumen. Makassar. CV. Tohar Media.
- Hidayati, A, dkkk. (2019). Infeksi Bakteri Di Kulit. Surabaya. Universitas Airlangga
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Laporan Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2018. In Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan

Indikator Diagnostik. DPP PPNI.

PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan. DPP PPNI.

PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan. DPP PPNI

WHO. (2016). Global Report on hernia . Isbn, 978(April), 6–86.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565>

LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PENCEGAHAN INFEKSI PASCA OPERASI

Pokok Pembahasan	Pencegahan Infeksi Pasca Operasi
Sub Pokok Pembahasan	a. Pengertian infeksi b. Penyebab infeksi c. Tanda dan gejala infeksi d. Pencegahan infeksi e. Pemenuhan nutrisi pasca operasi
Sasaran	Tn. S dan Keluarga
Waktu	11.00 WIB s/d selesai
Tempat	Ruang Tulip RS Guntur Garut
Penyuluh	Aulia Putrisari

A. Tujuan

1. Tujuan umum

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan keluarga pasien dapat mengetahui pengertian infeksi, penyebab infeksi, tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan infeksi serta perawatan infeksi di rumah dan pemenuhan nutrisi pasca operasi.

2. Tujuan khusus

Setelah mengikuti penyuluhan pencegahan infeksi selama 30 menit diharapkan Tn. H dan keluarga mampu :

- a. Menjelaskan pengertian infeksi
- b. Menyebutkan penyebab infeksi
- c. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Menyebutkan cara pencegahan infeksi serta cara perawatan infeksi di rumah
- e. Menyebutkan pemenuhan nutrisi di rumah

B. Materi

Terlampir

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Media

Leaflet

E. Kegiatan penyuluhan

No	Waktu	Materi	Penyuluh	Sasaran
1	5 menit pertama	Pendahuluan	Pembukaan: 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan

2	25 menit kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan : 1. Menggali pengetahuan audien tentang infeksi 2. Memberikan apresiasi positif 3. Menjelaskan pengertian infeksi 4. Menjelaskan penyebab infeksi 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Menjelaskan cara pencegahan infeksi serta cara perawatan luka di rumah 7. Menjelaskan pemenuhan nutrisi yang baik pasca operasi 8. Memberikan kesempatan audien untuk bertanya	Mendengarkan
3	10 menit penutup terakhir	Penutup	Evaluasi: 1. Menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah diberikan 2. Beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. Mengucapkan terimakasih kepada sasaran	- Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penyaji - Merasa senang jika diberi pujian - Menjawab salam

			dan mengucapkan salam	
--	--	--	-----------------------------	--

F. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini diberikan tanya jawab secara lisan kepada keluarga :

1. Jelaskan pengertian infeksi
2. Jelaskan tentang penyebab infeksi
3. Sebutkan tanda dan gejala infeksi
4. Sebutkan cara pencegahan infeksi
5. Sebutkan jenis makanan yang menjadi pantangan dan makanan yang baik bagi pasien pasca operasi

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Infeksi

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

B. Penyebab infeksi

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

C. Tanda dan Gejala Infeksi

1. Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
2. Merasa sakit atau nyeri pada kulit di daerah luka
3. T adanya kemerahan pada kulit di daerah luka
4. Terjadi bengkak pada daerah luka
5. Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
6. Luka berbau tidak sedap
7. Terdapat cairan nanah pada luka

D. Pencegahan Infeksi di Rumah

1. Mandi 2 kali sehari, daerah ya , daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena dapat meningkatkan kelembaban pada kulit yang terbungkus sehingga dapat menjadi tempat berkembang biak kuman dan bakteri.

2. Makanan yang dibutuhkan makanan yang mengandung protein atau tinggi kalori tinggi protein (TKTP) Makanan yang mengandung protein misalnya : susu, telur, madu, roti, kacang-kacangan.
3. Ganti balutan minimal satu kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti balutan, alat dan bahan yang akan digunakan untuk mengganti balutan harus dalam keadaan steril atau bersih, minum obat se obat sesuai anjuran misalnya obat antibiotic untuk mencegah infeksi

E. Pemenuhan Nutrisi Bagi Pasien Pasca Operasi

1. Defisit Nutrisi

Nutrisi adalah makanan yang mengandung cukup nilai gizi dan tenaga untuk perkembangan dan pemeliharaan kesehatan secara optimal. (Indah, 2013).

2. Jenis Makanan Yang di Perlukan untuk Penyembuhan Luka

a. Karbohidrat

Karbohidrat memiliki berbagai fungsi dalam tubuh makhluk hidup, terutama sebagai bahan bakar dalam melakukan metabolisme. Contoh makanan yang termasuk karbohidrat di antaranya: Nasi, gandum, umbi umbian seperti singkong, kentang, ubi dll.

b. Protein

Fungsi protein :

- 1) Protein menggantikan protein yang hilang selama proses metabolisme yang normal dan proses pengausan yang normal.
- 2) Protein menghasilkan jaringan baru.
- 3) Protein diperlukan dalam pembuatan protein-protein yang baru dengan fungsi khusus dalam tubuh yaitu enzim, hormon dan haemoglobin.
- 4) Protein sebagai sumber energi.

Protein sangat penting untuk pembentukan dan pemeliharaan jaringan tubuh. Beberapa sumber protein berkualitas tinggi adalah: ayam, ikan, daging merah, dan hati. Beberapa sumber protein nabati adalah: kelompok kacang polong (misalnya buncis, kapri, dan kedelai), kacang-kacangan, dan biji-bijian.

c. Lemak

Lemak merupakan sumber energi yang dipadatkan. Lemak berfungsi sebagai sumber energi cadangan dalam tubuh, selain itu juga berperan dalam proses pembentukan jaringan baru.

d. Vitamin, Mineral dan air

Ketiga unsur ini tidak dapat dihasilkan oleh tubuh, ketiga unsur ini diperlukan tubuh untuk membantu proses metabolisme di dalam tubuh

Diantara makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air yang cukup, maka yang paling penting untuk penyembuhan luka adalah protein dan vitamin C. (Heri, 2013).

Alasannya adalah karena Protein dan vitamin C sangat penting peranannya dalam proses penyembuhan luka. Selain itu vitamin vitamin C punya peranan penting penting untuk mencegah terjadinya terjadinya infeksi dan perdarahan luka. (Heri, 2013)

Contoh makanan yang perlu diperhatikan untuk penyembuhan luka menurut menurut Heri (2013) : 1) Protein; terbagi menjadi: nabati dan hewani. Contoh nabati yaitu tempe, tahu, kacang-kacangan dan lain-lain. Contoh protein hewani, hati, telur, ayam, udang dan lain-lain. 2) Vitamin C adalah, jeruk, jambu, daun papaya, bayam, tomat, daun singkong dan lain-lain.

3. Tips Perawatan Pasien Pasca Operasi

Tata cara pelaksanaan untuk memenuhi nutrisi yang perlu diperhatikan untuk penyembuhan luka menurut Rizky (2013):

- a. Tingkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan vitamin C.
- b. Bila mual: a. Makanlah dengan porsi sedikit tapi sering b. Sajikan ketika masih hangat c. Sebelum makan, minum air hangat d. Hindari makanan dengan berbumbu tajam

Secara umum untuk mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan kondisi pasien pasca operasi, perlu kita perhatikan tips menurut Rizky (2013) di bawah ini:

- a. Makan makanan bergizi, misalnya: nasi, lauk pauk, sayur, susu, buah.
- b. Konsumsi makanan (lauk-pauk) berprotein tinggi, seperti: daging, ayam, ikan, telur dan sejenisnya.
- c. Minum sedikitnya 8-10 gelas per hari.
- d. Usahakan cukup istirahat.
- e. Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa.
Makin cepat makin bagus.
- f. Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
- g. Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
- h. Minum obat sesuai anjuran dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S., 2012, *Penuntun Diet Edisi Baru*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Potter, P. A., dan Perry , A. G., 2010, *Buku Ajar Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Fundamental Keperawatan: Konsep, Konsep, Proses, dan Praktik* , EGC, Jakarta.
- Putri, M., dan Sari, R., 2014, *Gizi dan Terapi Diet* , Farmedia, Jakarta.
- Said, S., 2013, *Gizi dan Penyembuhan Luka*, Indonesia Academic Publishing, Makassar

Lampiran 2 Leaflet Pencegahan Infeksi Pasca Operasi

RS.GUNTUR

PENCEGAHAN INFEKSI PASCA OPERASI DI RUMAH



STIKes Karsa Husada Garut



apa itu Infeksi?

infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu

PENYEBAB INFEKSI

1. Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
2. Luka terbuka dan kotor
3. Gizi buruk
4. Daya tahan tubuh lemah
5. Mobilisasi terbatas dan kurang gerak

TANDA DAN GEJALA INFEKSI

1. Merasa panas pada daerah luka atau suhu tubuh panas
2. merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
3. Ada kemerahan pada kulit di daerah luka
4. Terjadi bengkak pada daerah luka
5. Gangguan fungsi gerak daerah luka
6. Luka berbau tidak sedap
7. Terdapat cairan nanah pada luka

Pencegahan Infeksi Di Rumah

1. Mandi 2x sehari, daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air/basah karena dapat meningkatkan kelembaban pada kulit yang terbungkus sehingga dapat menjadi tempat berkembang biak kuman dan bakteri
2. Makanan yang dibutuhkan makanan yang mengandung protein atau tinggi kalori protein (TKTP) makanan yang mengandung protein misalnya : susu, telur, madu, roti, kacang-kacangan
3. Ganti balutan minimal satu kali sehari, minum sesuai anjuran dokter obat antibiotic untuk mencegah infeksi

PEMENUHAN NUTRISI BAGI PASIEN PASCA OPERASI

Nutrisi adalah makanan yang mengandung cukup nilai gizi dan tenaga untuk perkembangan dan pemeliharaan kesehatan secara optimal

PEMENUHAN NUTRISI BAGI PASIEN PASCA OPERASI

OPERASI

1. Karbohidrat, nasi, gandum, umbi-umbian, seperti singkong, kentang, umbi, dll.
2. Protein hewani : ayam, ikan, daging merah, dan hati. protein nabati : kacang polong, seperti buncis, kapri, dan kedelai, kacang-kacangan dan biji bijian
3. Lemak
4. Mineral
5. Vitamin

TIPS PERAWATAN PASIEN PASCA OPERASI

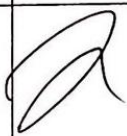
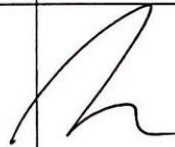
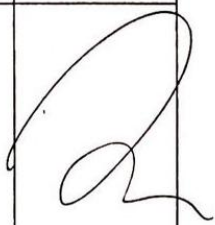
1. Tingkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan vitamin C.
2. Bila mual: a. Makanlah dengan porsi sedikit tapi sering b. Sajikan ketika masih hangat c. Sebelum makan. minum air hangat d. Hindari makanan dengan berbau tajam.
3. Makan makanan bergizi, misalnya: nasi, lauk pauk, sayur, susu, buah.
4. konsumsi makanan (lauk-pauk) berprotein tinggi, seperti: daging ayam, ikan, telur, dan sejenisnya
5. Minum sedikitnya 8-10 gelas per hari.
6. Mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa. Makin cepat makin bagus.
7. Mandi seperti biasa, yakni 2 kali dalam sehari.
8. Kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh.
9. Minum obat sesuai anjuran dokter.

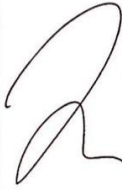
Lampiran 3 Lembar Bimbingan

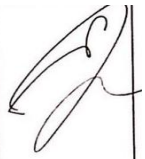
FORMAT BIMBINGAN

Nama : Aulia Putrisari
NIM : KHGA22051
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : POST HERNIORAPHY ATAS INDIKASI
HERNIA INGUINALIS LATERAL DI RUANG TULIP RS.GUNTUR
GARUT

Pembimbing : Andri Nugraha, M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	2/ Juni 2025		Diskusi KTI	
2.	3/ Juni 2025	Bab I	- Revisi Bab 1 - Dampak	
3.	5/ Juni 2025	Bab I	- Acc Bab I - Lanjut Bab II	

4.	10/Juni 2025	Bab II	- Revisi Bab II - Rapihkan Paragraf - Susun Bab III	
5.	16/Juni 2025	Bab III	- Revisi bab III - Perbaiki diagnosis - Susun bab <u>IV</u>	
6.	20/Juni 2025	Bab <u>IV</u>	- Acc Bab <u>III</u> <u>IV</u> - susun abstrak - Draft lengkap - PPT	
7.	23/Juni 2025	- Draft KTI lengkap - PPT	- Lengkapi PPT - Penguraian sidang	

8.	30/Juni 2025	PPT	- Acc sidang KTI	
----	-----------------	-----	--	---

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Aulia Putrisari
2. NIM : KHGA22051
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 05 Juli 2003
5. Agama : Islam
6. Pekerjaan : Mahasiswa
7. Alamat : Kp. Babakan salam RT/RW 004/013, Desa
Sukasenang, Kecamatan Banyuresmi,
Kabupaten Garut
8. Email : aulia putri.mhf@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Sukasenang I Tahun 2010-2016
2. MTS Cilawu Tahun 2016-2019
3. SMK Cipta Karsa Tahun 2019-2021
4. Mahasiswa D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022
sampai sekarang.

