

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : POST OP HERNIORAPHY POD I ATAS
INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG
FLAMBOYAN RS TINGKAT IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan

Pendidikan Progran Diploma III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

SAHLA NURDIANI

NIM : KHGA 22092



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWTAN

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP
HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA
INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG
FLAMBOYAN RS TINGKAT IV GUNTUR GARUT**

PENULIS : SAHLA NURDIANI

NIM : KHGA 22092

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan Tim Penguji

Program Studi D-III Keperawatan

STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 01 Juli 2025

Menyetujui

Pembimbing

Sulastini M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP HERNIORAPHY POD I ATAS INDIKASI HERNIA INGUINALIS LATERALIS SINISTRA DI RUANG FLAMBOYAN RS TINGKAT IV GUNTUR GARUT

PENULIS : SAHLA NURDIANI

NIM : KHGA 22092

KARYA TULIS ILMIAH

Diujikan pada Seminar Karya Tulis Ilmiah
Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut , Juli 2025

Menyetujui

Penguji I

Penguji II

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

Mengetahui

Ketua Prodi D III Keperawatan

Iin Patimah M.Kep

Mengesahkan

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

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

Sulastini M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP HERNIORAPHY DI RUANG FLAMBOYAN RS TK IV GUNTUR GARUT

Hernia inguinalis merupakan kondisi medis akibat penonjolan organ perut melalui kanalis inguinalis yang umum terjadi, terutama pada pria dewasa. Penatalaksanaan hernia secara operatif, salah satunya dengan hernioraphy, berpotensi menimbulkan berbagai masalah keperawatan seperti nyeri akut dan risiko infeksi. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien post hernioraphy hari pertama berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah studi kasus pada Tn. H di RS Tk IV Guntur Garut, dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Ditemukan dua diagnosa utama yaitu nyeri akut dan risiko infeksi. Intervensi yang dilakukan meliputi manajemen nyeri melalui teknik relaksasi napas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik, serta pencegahan infeksi dengan perawatan luka dan edukasi kebersihan tangan. Evaluasi menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri serta tidak ditemukannya tanda infeksi lanjutan. Hasil ini mengindikasikan bahwa pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif efektif meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses pemulihan pasien post operasi.

Kata kunci: hernia inguinalis, *hernioraphy*, nyeri akut, risiko infeksi, defisit perawatan diri, asuhan keperawatan

Sumber : 2018-2024 (jurnal)

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. H With Digestive System Disorder : Post-Op Hernioraphy

In Flamboyan Ward, RS Tk IV Guntur Garut

Inguinal hernia is a medical condition caused by the protrusion of abdominal organs through the inguinal canal, commonly occurring especially in adult males. Surgical management of hernia, such as hernioraphy, has the potential to cause various nursing problems including acute pain and risk of infection. This study aims to provide nursing care for a post hernioraphy patient on the first day after surgery based on the nursing process approach. The method used was a case study on Mr. H at RS Tk IV Guntur Garut, with data collection techniques including interviews, observation, physical examination, and documentation review. Two main nursing diagnoses were identified : acute pain and risk of infection. Interventions implemented included pain management through deep breathing relaxation techniques and collaborative administration of analgesics, as well as infection prevention through wound care and hand hygiene education. Evaluation showed a decrease in pain intensity and no signs of further infection. These results indicate that comprehensive nursing care effectively improves patient comfort and accelerates the recovery process post-operation.

Keywords : inguinal hernia, hernioraphy, acute pain, risk of infection, nursing care

Source : 2018 – 2024 (journal)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga kepada kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Alhamdulillah, atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “ **Asuhan keperawatan Pada Tn. H Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Op Hernioraphy POD I Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Di Ruang Flamboyan RS Tingkat IV Guntur Garut** “ dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menempuh program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.

3. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku ketua program studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan banyak waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Iin Patimah S.Kep., Ners., M.Kep, selaku penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh Dosen dan Staff D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
8. Bapak Ahmad Rifa'i, S.Kep., Ners, selaku pembimbing di Rumah Sakit Tk IV Guntur Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada pasien Tn. H 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.
10. Kepada ayah tercinta Ecep Surya (Alm) rasa sayang kepada beliau tidak pernah berkurang saat mengingat kejadian itu sampai saat inipun masih tidak percaya.

Kini saya bisa berada ditahap ini sebagaimana perwujudan terakhir sebelum benar-benar pergi. Meskipun pada akhirnya harus melewati perjalanan ini tanpa ditemani beliau. Terimakasih untuk selalu mengajarkan tetap kuat dan sabar. Rasa iri dan rindu yang tak tersampaikan pelukan yang tak ada balasan sering membuat saya terjatuh tapi semua itu tidak mengurangi rasa bangga dan terimakasih atas kehidupan yang ayah berikan.

11. Kepada mamah Rina Astria, perempuan hebat yang menjadi tulang punggung keluarga sekaligus menjalankan dua peran orang tua bagi anak-anaknya. Terimakasih sudah melahirkan, merawat dan membesarkan dengan penuh kasih sayang dan selalu berjuang supaya bisa tumbuh dewasa dan bisa berada pada saat posisi ini.
12. Kepada bibi Ai Sinta dan suaminya yang dengan tulus telah menjadi bagian penting dalam perjalanan pendidikan saya. Terimakasih atas segala bantuan, perhatian, dan dukungan yang telah diberikan, baik secara moril maupun materil, selama masa perkuliahan hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Keluarga tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan serta do'a yang tanpa henti dipanjatkan untuk penulis sehingga bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih atas semuanya.
14. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/mahasiswi Angkatan 29 Program Studi DIII 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 dan tawa serta suka dan duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan.

15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini. Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini 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.
16. Terakhir, kepada diri sendiri. Sahla Nurdiani. Terimakasih telah bertahan sejauh ini, tetap memilih berusaha dan merayakan dirimu sendiri sampai titik ini. Terimakasih karena memutuskan untuk tidak menyerah sesulit apapun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah menyelesaikan dengan sebaik dan semaksimal mungkin.

Garut , Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	6
C. Metode Penulisan.....	8
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	10
A. Konsep Dasar Hernia Inguinalis	10
1. Pengertian	10
2. Etiologi	11
3. Klasifikasi.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Manifestasi Klinis.....	15
6. Penatalaksanaan.....	15
7. Pemeriksaan Diagnostik	18
8. Komplikasi	19
B. Konsep Dasar Hernioraphy	19
1. Pengertian	19
2. Indikasi Dan Kontra Indikasi	19
3. Komplikasi Hernioraphy	20
4. Penatalaksanaan Tindakan Operasi	20
5. Dampak Operasi Hernioraphy Terhadap KDM	20
C. Konsep Asuhan Keperawatan	21
1. Pengkajian	21
2. Analisa Data	26
3. Diagnosa Keperawatan.....	29
4. Perencanaan Keperawatan.....	37
5. Implementasi	43
6. Evaluasi	44

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Tinjaun Kasus	46
1. Pengkajian	46
2. Diagnosa keperawatan.....	57
3. Intervensi Keperawatan	59
4. Implementasi dan Evaluasi.....	64
5. Catatan Perkembangan	68
B. Pembahasan.....	72
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	83
A. Kesimpulan	83
B. Rekomendasi	84
DAFTAR PUSTAKA	86

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tabel Analisa Data.....	26
Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan	37
Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari - Hari	52
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	54
Tabel 3. 3 Program Terapi	55
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	56
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	59
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	64
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	68

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 inguinalis adalah keadaan dimana bagian bawah peritoneum mungkin mengandung organ-organ dari rongga perut, yang menyebabkan terjadinya pembengkakan di area perut pada bagian inguinal (Awallul et al., 2024). Sebagian besar kasus hernia muncul ketika ada bagian dari peritoneum atau usus yang menembus celah pada dinding perut. Peritoneum adalah selubung yang melindungi rongga perut dan (baik secara keseluruhan atau sebagian) menyelimuti sebagian besar organ dalam perut. Tonjolan yang terlihat ini, yang disebut hernia atau kantung hernia, mungkin berisi bagian dari organ seperti usus atau lambung. Pembengkakan ini seringkali dapat terlihat dari luar (Awallul et al., 2024)

Istilah hernia inguinalis terbagi menjadi tiga jenis hernia yang ditentukan berdasarkan pada posisinya berhubungan dengan segitiga inguinal (Hesselbach): ada tiga tipe hernia yang berbeda, yaitu femoralis, tidak langsung dan langsung. Penonjolan jaringan yang berada di sebelah medial dari pembuluh darah epigastrik inferior melalui dinding belakang saluran inguinal disebut sebagai hernia inguinalis, sedangkan hernia inguinalis tidak langsung muncul melalui cincin inguinal interna, di sisi lateral dari pembuluh darah epigastrium. Hernia femoralis adalah penonjolan jaringan yang terletak di bawah ligamentum inguinal, dengan posisi medial dari pembuluh darah femoralis (Shakil et al 2020). Hernia inguinalis tidak langsung dapat dibagi lagi menjadi beberapa subtipe, yaitu bubonocole yang memiliki kantung terbatas pada saluran inguinal dan juga dikenal sebagai saluran

hernia inguinalis tidak langsung yang belum lengkap, funicular yaitu kantung hernia yang memperluas sepanjang saluran inguinal dan melewati sudut inguinalis superfisial tetapi belum memasuki ke dalam skrotum (pada pria) atau labium mayor (pada wanita), serta complete atau inguinoscrotal yang menunjukkan bahwa kantung hernia sudah melewati saluran inguinal, sudut inguinalis superfisial, dan sudah mencapai skrotum (pada pria) atau labium mayor (pada wanita). (Hoyos et al, 2021).

Menurut data yang didapatkan dari World Health Organization (WHO), prevalensi kasus hernia pada tahun 2016 sebesar 350 per 1000 populasi penduduk (WHO, 2017). Kasus hernia terbanyak ditemukan yaitu di negara berkembang. Diantaranya yaitu negara-negara Afrika dan Asia tenggara termasuk Indonesia dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukan 1.243 orang menderita penyakit hernia antara Januari 2010 hingga Februari 2018 berdasarkan DepKes RI, 2018 (Widodo & Trisetia, 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 tertinggi secara nasional, angka tersebut melampaui rata-rata nasional dengan prevalensi sebesar 49,1 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2018).

Pada pasien dengan hernia inguinalis yang tidak segera ditangani atau diobati dengan cepat, hernia dapat semakin parah dan memberikan tekanan yang lebih signifikan pada jaringan di sekitarnya (Risma Zulianti et al., 2024). Apabila hernia inguinalis yang kantungnya berisi usus jika dibiarkan terus menerus hal ini dapat mengakibatkan perforasi atau terjadinya kerusakan pada usus. Dampak yang sering terjadi jika hernia tidak diobati adalah pertumbuhan hernia yang semakin besar, sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari penderita. Salah satu komplikasi yang mungkin timbul pada hernia yaitu pembengkakan di sekitar area benjolan tersebut. Salah satu cara penanganan atau metode untuk menangani hernia adalah melalui prosedur pembedahan (Risma Zulianti et al., 2024).

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada penderita hernia yaitu penanganan konservatif dan terapi operatif. Tiga jenis operasi yang dapat dilakukan yaitu hernioraphy, herniotomy, dan hernioplasty. . Tujuan dari operasi hernia adalah untuk mengangkat kantong peritoneal dan memperkuat dinding inguinal, sehingga dapat mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Tindakan operatif dilakukan dengan melakukan insisi pada tubuh sehingga tubuh memerlukan waktu untuk penyembuhan luka, fase awal penyembuhan luka ini biasanya timbul dengan masalah nyeri. Nyeri merupakan respons tubuh terhadap rangsangan yang disebabkan oleh stimulasi karena rusaknya jaringan. Nyeri setelah operasi sering menjadi masalah bagi pasien dan merupakan hal yang sangat mengganggu. Masalah nyeri dalam keperawatan sering membuat pasien sulit tidur dan membuat pasien kurang bisa mengontrol rasa sakit dengan optimal, sehingga pasien cenderung menggunakan obat pereda nyeri (Sulistiyowati, 2019).

Pada pasien yang telah menjalani operasi hernia dapat mengalami berbagai dampak pascaoperasi, baik secara fisik maupun psikologis. Dari segi fisik salah satu dampak yang paling umum muncul adalah rasa sakit di area operasi, yang umumnya disebabkan oleh proses penyembuhan jaringan yang mengalami pembedahan, selain nyeri juga pasien mungkin mengalami pembengkakan dan memar di sekitar area operasi. Pemulihan dari operasi hernia dapat memerlukan waktu beberapa minggu hingga bulan, tergantung pada jenis operasi yang dilakukan. Secara psikologis operasi hernia dapat berdampak pada kesejahteraan mental pasien, ada beberapa pasien mungkin mengalami kecemasan terkait dengan pemulihan pasien dan kembalinya aktivitas normal.

Asuhan keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang membantu perawat dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan secara sistematis. Proses ini mengacu pada lima tahap utama yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Penerapan asuhan keperawatan yang efektif dapat berkontribusi pada peningkatan mutu serta kualitas pelayanan keperawatan (Purba, 2020). Asuhan keperawatan pada pasien post op hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateralis meliputi pemberian analgetic secara kolaboratif untuk nyeri, perawatan luka, pencegahan infeksi dan komplikasi, edukasi tentang pencegahan infeksi, serta kerja sama dengan tim medis guna mempercepat penyembuhan.

Perawatan pada pasien setelah menjalani operasi hernia sangat dibutuhkan karena pada fase ini tubuh sedang mengalami proses pemulihan yang mudah terpengaruh terhadap berbagai komplikasi. Salah satu hal yang paling sering

muncul terjadi setelah operasi hernia adalah munculnya rasa sakit atau nyeri di area bekas sayatan. Rasa nyeri ini dapat mengganggu pergerakan pasien, menurunkan selera nafsu makan, serta menimbulkan stres baik fisik maupun emosional, sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan. Selain itu, kemungkinan terjadinya risiko infeksi juga menjadi perhatian utama dalam perawatan setelah operasi. Luka operasi yang tidak dirawat dengan baik dapat menjadi pintu masuk bagi kuman, yang bisa menyebabkan infeksi lokal hingga sistemik. Tanda-tanda seperti kemerahan, bengkak, demam, atau keluarnya cairan dari luka harus segera ditangani. Oleh karena itu, perawatan luka yang bersih dan steril, serta pemantauan tanda-tanda vital secara berkala sangat penting untuk mencegah infeksi. Perawatan pasca operasi juga mencakup edukasi kepada pasien mengenai pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas yang terlalu berat atau dilakukan terlalu dini dapat menyebabkan tekanan intraabdomen meningkat, yang pada akhirnya bisa memicu kekambuhan hernia. Pasien perlu diberikan panduan tentang kapan aman untuk mulai beraktivitas kembali, termasuk kapan boleh berjalan, mengangkat barang, atau kembali bekerja.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit Tingkat IV 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.

Rumah Sakit Tingkat IV Guntur Garut merupakan rumah sakit milik TNI Angkatan Darat yang berlokasi di Jalan Bratayuda No. 101, Kota Garut, Jawa Barat.

Rumah sakit ini termasuk dalam kategori rumah sakit tipe D dan berada di bawah naungan Kesdam III/Siliwangi. Meskipun dikelola oleh militer, RS Tk IV Guntur juga memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum, tidak hanya untuk prajurit TNI, PNS, dan keluarganya.

Peran perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang mencakup tindakan promotive, preventif, dan kolaboratif dengan tim medis dalam menjalankan pengobatan serta rehabilitasi. Perawat memiliki keterampilan dan pengetahuan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia, terutama dalam merawat pasien setelah operasi hernia inguinalis (Setyaningrum, 2023). Perawat memiliki peran yang sangat penting untuk menangani pasien setelah prosedur hernioraphy, selain memberikan dukungan kepada pasien selama 24jam, mereka juga mengimplementasikan metode nonfarmakologis yang terbilang efektif untuk mengurangi rasa sakit, seperti teknik relaksasi dengan napas dalam dan distraksi berupa teknik musik, penulis tertarik memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus berbentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. H Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Hernioraphy POD I atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis di Ruang Flamboyan RS Tingkat IV Guntur Garut”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, diharapkan penulis dapat mendapatkan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan

kepada pasien post hernioraphy atas indikasi hernia inguinal secara langsung dan komprehensif meliputi aspek Biologis-Psikologis-Sosial-Spiritual dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. H post op hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. H dengan post op hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.
- c. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada Tn. H dengan post op hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateral di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah disusun pada Tn. H dengan post op hernioraphy di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan hasil tindakan pada Tn.H dengan post op hernioraphy di RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada Tn. H dengan post op hernioraphy di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut.

C. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan metode studi kasus melalui pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dalam bentuk narasi. Adapun teknik penulisan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah :

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara melakukan komunikasi lisan yang meliputi anamnesa yaitu data yang didapat dari keluarga klien.

2. Observasi

Penulis secara langsung memperhatikan keluhan atau masalah yang terjadi pada klien.

3. Pemeriksaan Fisik

Yaitu menggunakan pemeriksaan langsung dengan menggunakan metode sistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi untuk mendapatkan data objektif.

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data dengan melihat data-data yang ada pada status klien dan catatan berhubungan dengan asuhan keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Dalam sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah adalah :

BAB I pendahuluan berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, metode dan teknik penulisan secara sistematis penulisan.

BAB II Tinjauan teoritis berisi tentang konsep dasar yang terdiri dari pengertian definisi, etiologi, patofisiologi, anatomi, fisiologi, dan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB III Menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan yang menjelaskan tentang faktor perbedaan dengan teori yang didapatkan dengan kenyataan di lapangan.

BAB IV kesimpulan dan rekomendasi berisi tentang kesimpulan selama melakukan asuhan keperawatan dan saran serta kepada pihak yang bersangkutan seperti RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut dan institusi Pendidikan STIKes Karsa Husada Garut.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Hernia Inguinalis

1. Pengertian

Hernia inguinalis merupakan bagian dari membran peritoneum yang berada di bawah kulit abdomen yang melalui saluran kanalis inguinal atau langsung melalui dinding perut (Putri et al., 2023). Hernia inguinalis adalah jenis pada dinding perut yang paling umum terjadi dan menduduki posisi teratas dalam prosedur bedah yang paling sering dilakukan (Awallul et al., 2024).

Hernia inguinalis merupakan kondisi yang dipengaruhi oleh berbagai faktor dan dapat terjadi pada siapa saja, tanpa memandang usia atau jenis kelamin (Hope et al., 2017). Hernia inguinalis lebih sering terjadi pada pria dan lansia, dengan sepertiga pria yang di diagnosis menderita kondisi ini (Berndsen et al., 2019). Selain faktor usia dan jenis kelamin, ada beberapa faktor alasan lain yang dapat meningkatkan risiko kemungkinan seseorang terkena hernia inguinalis, contohnya adalah aspek genetik dan adanya riwayat penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), faktor genetik dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami hernia inguinalis hingga empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki anggota keluarga dengan riwayat masalah hernia inguinalis. Faktor lainnya adalah bertambahnya tekanan di dalam perut akibat obesitas, batuk yang berlangsung lama, mengangkat barang-barang berat, serta aktivitas mengejan saat mengalami sembelit (Hammoud 2022).

2. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya hernia menurut (Aprilia, 2022; Siringo Ringo, 2019) yaitu :

- a. Adanya cairan dalam rongga perut (*ascites*)
- b. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
- c. Kondisi bawaan sejak lahir
- d. Riwayat keluarga atau keturunan yang pernah mengalami hernia
- e. Mengejan
- f. Tekanan dalam abdomen yang meningkat secara berulang
- g. Kelemahan pada area daerah otot-otot di dinding perut
- h. Pembukaan prosesus vaginalis baik yang terjadi sejak lahir maupun yang di dapat
- i. Pekerjaan yang memerlukan kekuatan fisik yang tinggi
- j. Batuk yang berlangsung dalam waktu lama

3. Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidajat 2016, terdapat beberapa jenis klasifikasi hernia yaitu :

- a. Berdasarkan asalnya :
 - 1) Hernia kongenital atau bawaan
 - 2) Hernia yang diperoleh atau akuisita
- b. Berdasarkan lokasi :
 - 1) Hernia inguinalis : hernia dari organ dalam yang terlihat di area pangkal paha (regio inguinalis).

2) Hernia femoralis : hernia dari organ dalam yang terlihat di daerah fossa femoralis.

3) Hernia umbilikalis : hernia yang terjadi di daerah perut, terlihat pada bagian perut.

c. Berdasarkan karakteristiknya

1) Hernia *reponibel* : yaitu kondisi dimana isi dari hernia masih bisa dikembalikan ke dalam rongga abdomen tanpa memerlukan tindakan bedah.

2) Hernia *irreponibel* : yaitu kondisi dimana isi dari kantong hernia tidak dapat dimasukkan kembali ke dalam rongga.

3) Hernia *akreta* : yaitu keadaan dimana isi kantong hernia melekat pada peritoneum kantong hernia.

4) Hernia *incarcerated* : yaitu kondisi ketika isi hernia terjebak oleh cincin hernia.

d. Berdasarkan isinya

1) Hernia adiposa : merupakan hernia yang terdiri dari jaringan lemak.

2) Hernia *litter* : adalah hernia inkarserata atau *strangulate* dimana hanya bagian dinding usus yang terperangkap di dalam cincin hernia.

3) Sliding hernia : adalah hernia dimana isi dari hernia tersebut merupakan sebagian dari dinding kantong hernia.

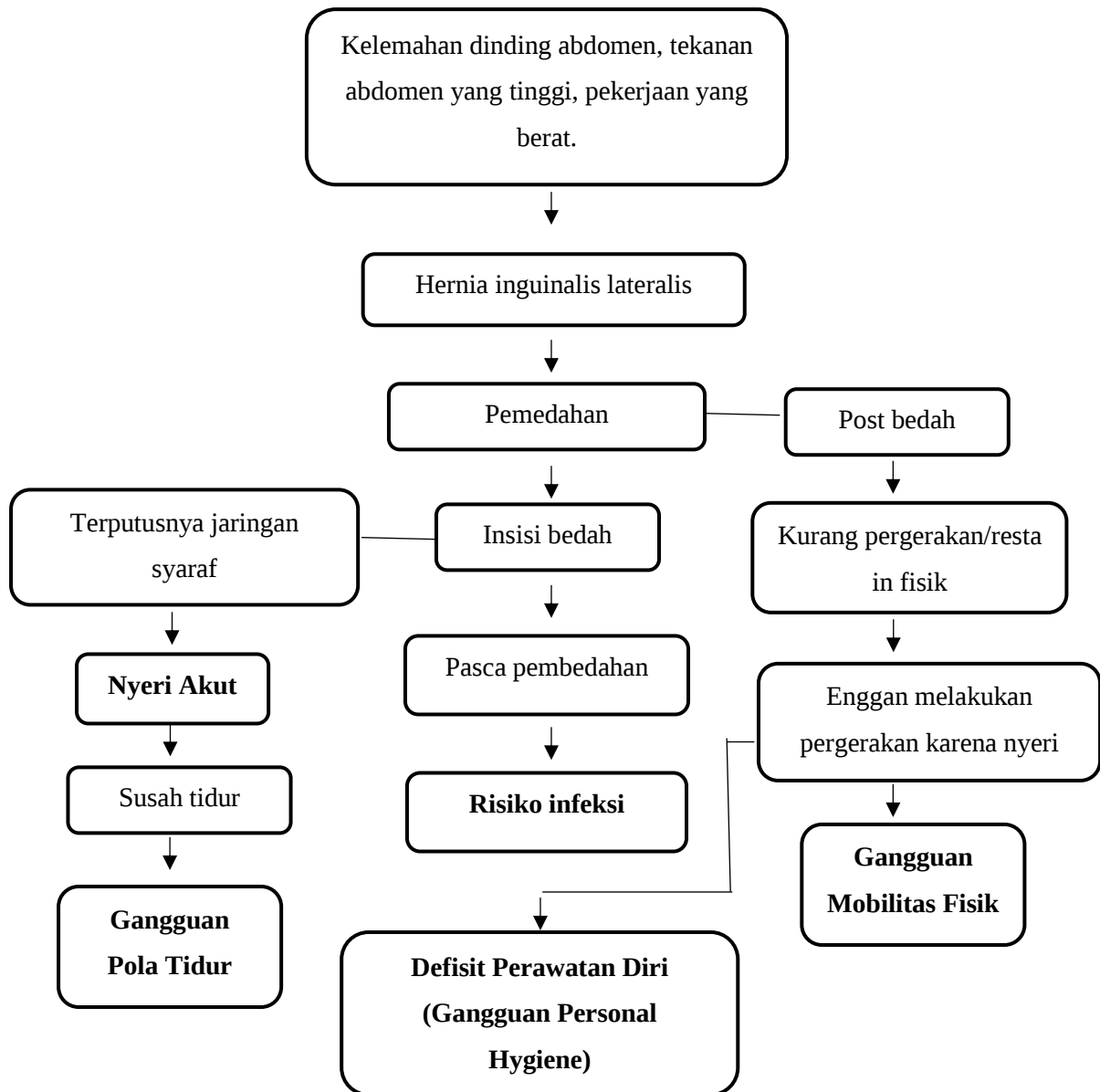
4. Patofisiologi

Tonjolan yang semakin besar, lama kelamaan tidak bisa masuk kembali secara spontan maupun dengan berbaring, tetapi butuh dorongan untuk

memasukkan hernia tersebut dengan menggunakan jari yang disebut dengan hernia *reponible*. Jika kondisi seperti ini dibiarkan saja maka akan terjadi perlengketan dan lama kelamaan perlengketan tersebut menyebabkan tonjolan yang tidak dapat masuk kembali dan akan disebut hernia *irreponible*. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Dari pembedahan tersebut akan terdapat luka insisi yang biasanya akan menimbulkan nyeri yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan sehingga akan mempengaruhi istirahat tidur, mengurangi pergerakan, dan risiko infeksi. (Setyaningrum, 2023)

Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan. Bila prosesus terbuka terus menerus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Pada orang tua, kanalis tersebut telah menutup, namun karena merupakan lokus abdomen meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita. Keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intraabdominal adalah kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat beban berat, mengejan pada saat miksi, misalnya akibat hipertrofi prostat.

PATHWAY



5. Manifestasi Klinis

Keluhan yang umum muncul pada orang dewasa adalah adanya tonjolan di daerah selangkangan yang dapat terlihat saat melakukan tekanan, batuk yang berkepanjangan, atau saat mengangkat beban berat dan akan hilang saat beristirahat atau berbaring. Menurut Kurniawati et al. (2021) dan Y. Pebriana (2020), tanda dan gejala dari hernia inguinalis meliputi :

- a. Terdapat benjolan di daerah lipatan paha yang dapat muncul di luar atau dalam organ.
- b. Rasa sakit disertai dengan mual pada area benjolan jika terdapat penyempitan pada isinya.
- c. Merasakan mual dan muntah jika telah terjadi komplikasi.
- d. Tonjolan hernia akan semakin membesar ketika pasien mengejan, batuk, atau mengangkat barang berat.

6. Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin 2019, pengelolaan medis terdiri dari beberapa jenis, yaitu :

a. Terapi umum

Pengobatan konservatif dapat diterapkan sambil menunggu proses pemulihan pada hernia umbilikalisis pada anak di bawah 2 tahun. Alat penyangga yang digunakan dalam terapi konservatif dapat berfungsi sebagai solusi sementara, contohnya adalah penggunaan korslet untuk hernia ventralis. Namun, untuk hernia inguinal penggunaan alat ini tidak dilanjutkan karena

tidak efektif dalam menyembuhkan dan justru dapat melemahkan otot dinding perut.

b. Reposisi

Langkah untuk mengembalikan isi hernia ke tempat semula dengan hati-hati dan dengan tindakan yang lembut namun tegas. Proses ini hanya dapat dilakukan pada hernia yang dapat direposisi menggunakan kedua tangan. Satu tangan berfungsi untuk memperlebar leher hernia, sementara tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui bagian leher tersebut. Tindakan ini kadang-kadang juga dilakukan pada hernia yang tidak dapat direposisi jika pasien merasa takut untuk menjalani operasi, dengan cara : memberikan kompres dingin pada bagian hernia, memberikan obat penenang valium 10 mg agar pasien tertidur, dan memposisikan pasien dalam posisi trandelenberg. Jika metode ini tidak berhasil, jangan dipaksakan dan segera lakukan operasi.

c. Suntikan

Setelah reposisi berhasil, kita berikan suntikan material yang bersifat sklerotik untuk memperkecil bukaan hernia.

d. Sabuk hernia

Digunakan untuk pasien yang menolak tindakan bedah dan memiliki bukaan hernia yang relatif kecil.

e. Tindakan bedah yang merupakan satu-satunya pilihan yang logis.

f. Hernioplasty endoscopy

1. Pengobatan konservatif hanya terbatas pada tindakan reposisi dan penggunaan penyangga untuk menjaga agar isi hernia inguinalis tetap berada di tempatnya. Prosedur reposisi tidak dilakukan pada hernia yang terjepit, kecuali untuk anak-anak. Proses reposisi dilakukan dengan dua tangan, dimana tangan kiri memegang isi hernia yang berbentuk seperti cawan, sedangkan tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan tekanan yang lambat dan konsisten hingga reposisi berhasil. Pasien akan berbaring dengan pemberian sedatif serta kompres es di area hernia. Jika reposisi berhasil, pasien akan dipersiapkan untuk menjalani operasi keesokan harinya. Apabila reposisi hernia tidak berhasil, operasi darurat akan dilakukan dalam waktu enam jam.

2. Pengobatan Operatif

Pengelolaan hernia inguinalis lateral dilakukan melalui prosedur bedah. Tindakan bedah adalah satu-satunya metode pengobatan yang logis untuk hernia (Mustikaturrokhmah dan Idoan Sijabat, 2022). Terdapat tiga jenis operasi hernia :

- a. Herniotomy

Herniotomy dilakukan dengan cara membuka kantung hernia untuk memeriksa isi di dalamnya. Setelah kantung hernia terbuka, isinya dimasukkan kembali ke dalam rongga perut, kemudian diikat dan dipotong (Wahid *et al.*, 2019).

b. Hernioraphy

Hernioraphy adalah prosedur yang mana isi kantung hernia dikembalikan ke rongga perut dan menutup lubang yang telah terbuka dengan menjahit sambungan antara otot tranversus dan musculus ablikus intermus abdominus ke ligament inguinal (Siringo Ringo, 2019).

c. Hernioplasty

Hernioplasty adalah teknik bedah yang bertujuan untuk mencegah terjadinya hernia lagi dengan memperkecil cincin inguinalis serta memperkuat dinding belakang kanal inguinalis (Wahid *et al.*, 2019).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang menurut (Meliani dan Dytho, 2022) pada pasien hernia bisa dilakukan melalui USG (*ultrasonografi*), CT scan, dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*). Dengan metode pemeriksaan ini, kita dapat lebih akurat mengetahui apakah ada organ yang terjebak dalam kantung hernia. Pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan mencakup :

- a. Rontgen abdomen untuk mengecek tingkat gas dalam saluran pencernaan atau adanya obstruksi usus.
- b. Laparoscopi yang bisa dipakai untuk memeriksa lokasi hernia inguinalis dan untuk menilai apakah hernia tersebut Kembali muncul.

- c. Pemeriksaan herniogram dengan cara menyuntikan kontras ke dalam rongga peritoneum untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya tonjolan yang tidak simetris di daerah inguinal.

8. Komplikasi

Menurut Nuruzzaman 2019, efek samping yang muncul akibat hernia meliputi :

- a. Hernia yang terjadi Kembali
- b. Penumpukan darah
- c. Kesulitan dalam berkemih
- d. Infeksi pada area luka
- e. Rasa sakit yang berkepanjangan atau mendadak
- f. Pembesaran pada testis akibat pengecilan testis

B. Konsep Dasar Hernioraphy

1. Pengertian

Hernioraphy adalah tindakan mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan mencakup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan muskulus transversus internus dan muskulus oblikus internus abdominalis ke ligament inguinal.

2. Indikasi Dan Kontra Indikasi

- a. *Hernia Simptomatik*
- b. *Hernia Ireponibilis (Inkarserata)*
- c. *Hernia Strangulate*

3. Komplikasi Hernioraphy

- a. Hematoma dan Seroma: Penumpukan darah atau cairan serosa pada area operasi.
- b. Infeksi Luka Operasi: Disebabkan oleh kontaminasi intraoperatif atau kurangnya perawatan luka.
- c. Nyeri Akut: Berlangsung beberapa hari hingga minggu setelah operasi.
- d. Retensi Urin: Terutama pada pasien usia lanjut pasca anestesi regional.

4. Penatalaksanaan Tindakan Operasi

Penatalaksanaan setelah operasi pasien dipantau secara ketat terhadap tanda-tanda vital, nyeri, dan kondisi luka operasi. Diberikan analgesik untuk mengurangi nyeri dan pasien dianjurkan untuk mobilisasi dini. Pemantauan dilakukan secara berkala , terutama dalam waktu 24 jam pasca operasi untuk mendeteksi adanya komplikasi seperti perdarahan, infeksi, atau reaksi terhadap anestesi. Luka operasi dirawat secara rutin untuk mencegah infeksi, luka dibersihkan dengan teknik steril, dan pasien diinstruksikan untuk tidak mengangkat beban berat selama 4 - 6 minggu.

5. Dampak Operasi Hernioraphy Terhadap KDM

- a. Nyeri Akut

Nyeri timbul hampir pada post operasi, terjadi karena adanya robekan, tarikan, manipulasi, jaringan dan organ yang dapat merangsang pengeluaran bradykinin, serotonin dan histamin sehingga impuls disampaikan ke thalamus dan korteks serebi yang dipersepsikan nyeri.

b. Risiko Infeksi

Adanya luka post operasi merupakan *port de entry* yang menyebabkan mikroorganisme patogen lebih mudah untuk masuk dan berkembang ke dalam tubuh dan menimbulkan infeksi

c. Gangguan Pola Tidur

Pada pasien post operasi akan mengalami gangguan pola istirahat tidur, stimulasi nyeri pada luka meningkatkan ketegangan otot sehingga mengganggu pola tidur.

d. Gangguan Mobilitas Fisik

Adanya nyeri sehingga menyebabkan pasien enggan dalam melakukan pergerakan, tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, dan memerlukan bantuan ADL.

e. Defisit Perawatan Diri

Adanya nyeri dan keterbatasan dalam melakukan gerak, sehingga perawatan diri pasien perlu dibantu.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status klien.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien dan Penanggung Jawab

a) Identitas Pasien

Meliputi nama, usia, tempat tanggal lahir, agama, suku bangsa, alamat, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan terakhir.

b) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, dan hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pada pasien dengan hernia inguinalis lateralis yang paling umum yaitu terdapat benjolan dan pada pasien post op hernioraphy biasanya pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRST.

(a) P (Provokatif / Paliatif) hal-hal yang mengurangi atau memperberat, biasanya pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila pasien bergerak dan nyeri berkurang bila pasien tidak banyak bergerak atau istirahat dan setelah diberi obat.

(b) Q (*Quality & Quantity*) yaitu bagaimana gejala dirasakan nampak atau terdengar dan sejauh mana pasien merasakan keluhan utama. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala > 5 (0-10) dan biasanya membuat pasien kesulitan untuk beraktivitas.

(c) R (*Region*) yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar atau tidak. Nyeri dirasakan di area post operasi.

(d) S (skala) yaitu tingkat nyeri yang dirasakan pasien, biasanya dengan skala > 5 (0-10).

(e) T (*time*) yaitu mulai muncul serangan nyeri dan berapa lama nyeri hilang selama periode akut.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah pasien pernah menderita penyakit sebelumnya hingga sampai dilakukan tindakan operasi hernioraphy.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit serupa dengan pasien, penyakit turunan maupun penyakit kronis.

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Peranan pasien dalam keluarga status emosional meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas berlebihan, hubungan dengan tetangga apakah baik tidak, status dalam pekerjaan dan apakah pasien rajin dalam beribadah.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Persepsi

Pada pasien post hernioraphy terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat akibat kurangnya pengetahuan tentang dampak pascaoperasi. Hal ini menimbulkan persepsi negatif terhadap diri serta kecenderungan untuk tidak mematuhi anjuran

perawatan dan pembatasan aktivitas, yang dapat memperlambat pemulihan dan meningkatkan risiko komplikasi.

2) Pola Metabolik Nutrisi

Pada pasien hernia inguinalis dengan post hernioraphy kecenderungan porsi makanan tidak habis, nafsu makan menurun, penurunan berat badan, mual, kenaikan suhu tubuh.

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 dan Tidur

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

6) Pola Persepsi Kognitif

Pada pasien hernia inguinalis dengan post hernioraphy fungsi indera penciuman, pendengaran, penglihatan, perasa, peraba tidak mengalami gangguan, pasien merasakan nyeri, pasien mengetahui penyakit yang dialaminya akan segera sembuh dengan dilakukan pengobatan medis yang sudah didapatkannya.

7) Pola Konsep Diri dan Persepsi Diri

Pada pasien hernia inguinalis dengan post hernioraphy pasien cemas tentang penyakitnya, pasien percaya diri, pasien berharap penyakitnya segera sembuh dengan pengobatan medis.

d. 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.

2. Analisa Data

Tabel 2. 1 Tabel Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : Pada umumnya mengeluh nyeri luka operasi DO : a. Biasanya tampak meringis b. Biasanya tampak gelisah c. Tekanan Darah meningkat d. Nadi meningkat e. Pola nafas berubah	Aktivitas berat, kelemahan dinding abdominal, adanya tekanan ↓ Hernia inguinalis ↓ Kantong hernia memasuki celah inguinal ↓ Benjolan pada egion inguinal ↓	Nyeri Akut (D.0077)

		Prosedur pembedahan ↓ Terputusnya jaringan syaraf ↓ Nyeri Akut	
2	DS : a. Kemungkinan pasien akan mengungkapkan ketidaknyamanan diluka operasi. b. Kemungkinan pasien akan mengeluhkan demam. DO : a. Suhu meningkat b. Leukosit meningkat c. Luka tampak basah	Hernis inguinalis ↓ Benjolan pada egion inguinal ↓ Pembedahan ↓ Insisi bedah ↓ Pasca pembedahan ↓ Risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142)
3	DS : a. Kemungkinan pasien akan mengungkapkan adanya perubahan pola tidur dikarenakan nyeri di luka operasi. DO : a. Pasien kemungkinan mengalami insomnia. b. Pasien kemungkinan nyeri di area luka operasi. c. Pasien tampak lemah. d. Konjungtiva pucat	Hernia inguinalis ↓ Kantong hernia memasuki celah inguinal ↓ Benjolan pada egion inguinal ↓ Prosedur pembedahan ↓ Terputusnya jaringan syaraf ↓ Nyeri	Gangguan Pola Tidur (D.0055)

		↓ Susah tidur ↓ Gangguan Pola Tidur	
4	DS : a. Kemungkinan pasien merasakan takut ketika digerakkan karena pengaruh dari luka operasi tersebut. DO : a. Tonus otot menurun b. Pasien tampak lemas c. ADL dibantu keluarga	Hernia inguinalis ↓ Benjolan pada egion inguinal ↓ Pembedahan ↓ post bedah ↓ Kurang pergerakan/resta in fisik ↓ Enggan melakukan pergerakan karena nyeri ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
5	DS : a. Kemungkinan pasien menolak melakukan perawatan diri. DO : a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian. b. Minat melakukan perawatan diri kurang.	Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Enggan melakukan pergerakan karena nyeri ↓ Defisit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

3. 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. Berikut adalah diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post op hernioraphy berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2018).

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post hernioraphy yaitu:

a. Nyeri Akut

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

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Gejala dan tanda mayor

Data Subjektif

- a) Mengeluh nyeri

Data Objektif

- a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- 4) Gejala dan tanda minor

Data Subjektif : *(tidak tersedia)*

Data Objektif

- a. Tekanan darah meningkat
 - b. Pola napas berubah
 - c. Nafsu makan berubah
 - d. Proses berpikir terganggu
 - e. Menarik diri
 - f. Berfokus pada diri sendiri
 - g. Diaphoresis
- 5) Kondisi klinis terkait
- a. Kondisi pembedahan
 - b. Cedera traumatis
 - c. Infeksi
 - d. Sindrom coroner akut
 - e. Glaukoma

b. Risiko Infeksi

1) Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor risiko

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - (1) Gangguan peristaltic
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi pH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Merokok
 - (8) Status cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Immunosupresi
 - (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi
 - (5) Vaksinasi tidak adekuat

3) Kondisi klinis terkait

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

c. Gangguan pola tidur

1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

2) Penyebab

- a) Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur

- c) Kurang privasi
- d) *Restraint* fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan peralatan tidur

3) Gejala dan tanda mayor

Data Subjektif

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Mengeluh sering terjaga
- c) Mengeluh tidak puas tidur
- d) Mengeluh pola tidur berubah
- e) Mengeluh istirahat tidak cukup

Data Objektif : *tidak tersedia*

4) Gejala dan tanda minor

Data Subjektif

- a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Data Objektif : *tidak tersedia*

5) 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

d. Gangguan Mobilitas Fisik

1) Definisi

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

2) Penyebab

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- m. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- r. Kecemasan
- s. Gangguan kognitif
- t. Keenggangan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori persepsi

3) Gejala dan tanda mayor

Data Subjektif

- a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Data Objektif

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak (ROM) menurun

4) Gejala dan tanda minor

Data Subjektif

- a. Nyeri saat bergerak
- b. Enggan melakukan pergerakan
- c. Merasa cemas saat bergerak

Data Objektif

- a. Sendi kaku
- b. Gerakan tidak terkoordinasi
- c. Gerakan terbatas
- d. Fisik lemah

e. Defisit Perawatan Diri

1) Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2) Penyebab

- a. Gangguan musculoskeletal
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Kelemahan
- d. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e. Gangguan psikotik/minat

3) Gejala dan tanda mayor

Data Subjektif

- a. Menolak melakukan perawatan diri

Data Objektif

- a. Tidak mampu mandi atau mengenakan pakaian/mandi/ke toilet/berhias secara mandiri
- b. Minat melakukan perawatan diri kurang

4) Gejala dan tanda minor

Data Subjektif : *(tidak tersedia)*

Data Objektif : *(tidak tersedia)*

4. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri Akut (D.0077)	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menuurn. 3. Gelisah menurun. 4. Kesulitan tidur menurun.	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor 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 diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic. <i>Terapeutik :</i> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Kompres hangat, terapi musik). 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu

			ruangan, pencahayaan, kebisingan). 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri. <i>Edukasi :</i> 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun. 2. Kemerahan menurun. 3. Nyeri menurun. 4. Bengkak menurun. 5. Kadar sel darah putih membaik.	Pencegahan Infeksi (I.14539). <i>Observasi :</i> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local sistemik. <i>Terapeutik :</i> 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

			<i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 3. Ajarkan etika batuk. 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <i>Kolaborasi :</i> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>.
3	Gangguan Pola Tidur (D.055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun. 2. Keluhan sering terjaga menurun. 3. Keluhan pola tidur berubah menurun.	Dukungan Tidur (I.05174). <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis). 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh). 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. <i>Terapeutik :</i> 1. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu).

			2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. 3. Tetapkan jadwal tidur rutin. 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus terjaga. <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur. 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. 5. Ajaarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pol
--	--	--	--

			tidur (mis, psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja). 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologis lainnya.
4	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat toleransi meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Nyeri menurun. 4. Gerakan terbatas menurun.	Dukungan Mobilisasi (I.05173). <i>Observasi :</i> 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 <i>Terapeutik :</i> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> <i>Edukasi :</i> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

			2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanna.
5	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat deficit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Minat melakukan perawatan diri meningkat. 2. Kemampuan mandi secara mandiri meningkat. 3. Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat. 4. Kemampuan ke toilet secara mandiri meningkat.	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. <i>Terapeutik :</i> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi). 2. Sipakan keperluan pribadi (mis. Parfum,

			sikat gigi, dan sabun mandi). 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. <i>Edukasi :</i> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
--	--	--	--

5. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung. Implementasi keperawatan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan

meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk menilai apakah tujuan tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan implementasi yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Berikut macam-macam evaluasi :

a. Evaluasi Formatif

Merupakan hasil dari observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi Sumatif

Merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan dengan pendekatan SOAP :

- S Data Subjektif, yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.
- O Data Objektif, yaitu data yang di dapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit pasien (meliputi data fisiologis, dan informasi dan pemeriksaan tenaga kesehatan).
- A Analisa adalah analisa atau kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P Planning adalah pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjaun Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. H
Umur	: 31 Tahun
Alamat	: Kp. Panawuan Kel. Sukajaya
Pendidikan	: D3
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Wiraswasta
Status Perkawinan	: Menikah
Tanggal Pengkajian	: 25 April 2025
Diagnosa Medis	: HIL
No. RM	: 24.04.33

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. F
Umur	: 28 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Bidan
Alamat	: Kp. Panawuan Kel. Sukajaya

Pendidikan : D3

Hubungan dengan klien : Istri

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari jum'at 25 April 2025 pukul 13.00 WIB Tn. H terdapat luka post operasi hernia inguinalis yang masih tertutup kasa. Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan nyeri berkurang pada saat istirahat, nyeri seperti tertusuk tusuk pada bagian dekat selangkangan, nyeri hanya dirasakan pada luka operasi saja, dengan skala nyeri 5 (0-10), tampak luka jahitan $\pm$ 10 cm.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien dan keluarga sebelumnya pasien belum pernah mengalami penyakit serupa. Pasien mengatakan terdapat benjolan pada bagian dekat selangkangan $\pm$ 1 tahun pasien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, diabetes melitus.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien, selain itu dalam keluarganya juga tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit turunan seperti diabetes melitus, hipertensi, asma, jantung

dan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular seperti tbc, hepatitis b, dan HIV/AIDS.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

2) Kesadaran : Composmentis

3) Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

Nadi : 82x/menit

Respirasi : 20x/menit

Suhu : 36,5°C

Spo2 : 98%

4) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pernafasan

Letak hidung simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada perdarahan, tidak ada keluhan nyeri. Fungsi penciuman baik terbukti pasien dapat membedakan bau ayu putih dengan bau parfum. Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak terdapat lesi, tidak terdapat nyeri tekan, suara nafas vasikuler, frekuensi nafas 20 x/ menit

b) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada peningkatan JVP, pada saat di auskultasi bunyi jantung normal, irama jantung regular, nadi 82x/ menit.

c) Sistem Pencernaan

Warna bibir pucat, mukosa bibir lembab, gigi bersih, gigi lengkap, warna lidah pucat, dapat digerakkan ke segala arah. Fungsi pengecap dalam berbicara baik, mengunyah dan menelan baik, tidak ada keluhan nyeri maupun lesi. Bentuk abdomen datar, terdapat luka post operasi pada area selangkangan $\pm 10\text{cm}$, keadaan tertutup perban, kondisi perban basah, luka tampak sedikit kotor, tampak sedikit keluar darah.

d) Sistem Perkemihan

Tidak teraba pembesaran ginjal, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terpasang kateter.

e) Sistem Persyarafan

(1) N (Olfactorius)

Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan bau minyak wangi.

(2) N (Optikus)

Pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm dengan tidak menggunakan kaca mata.

(3) N (Okulomotorius, Abduksen, Troklearis)

Pupil isokor terbukti ketika diberi rangsang cahaya pupil mengecil dan di jauhkan rangsang cahaya pupil membesar

pergerakan bola mata dapat digerakkan ke segala arah, lapang pandang baik.

(4) N (Trigeminus)

Pasien dapat merasakan sentuhan di wajahnya saat wajahnya disentuh oleh kapas dalam keadaan menutup mata.

(5) N (Fasialis)

Pasien dapat membedakan rasa asin, asam, manis, pahit dan pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris saat tersenyum.

(6) N (vesibulokoklearis)

Fungsi pendengaran pasien baik, dibuktikan dengan pasien bisa mendengar dan mengulang ucapan perawat dalam jarak 1 meter.

(7) N (Glosofaringeus, vagus)

Uvula bergetar simetris saat mengatakan “ah” dan reflex menelan bagus.

(8) N (Asesorius)

Pasien dapat menggerakkan kepala ke segala arah.

(9) N (Hipoglosus)

Pupil isokor terbukti ketika diberi rangsang cahaya pupil mengecil dan dijumpai rangsang cahaya pupil membesar, pergerakan bola mata digerakkan ke segala arah, lapang pandang baik.

f) Sistem Integumen

Turgor kulit baik, kembali dalam waktu < 3 detik, terdapat luka insisi ± 10 cm, keadaan luka basah, tampak kemerahan pada luka, terdapat nyeri tekan, tidak ada oedema.

g) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas dan bawah : terpasang infus sebelah tangan kanan, CRT < 3 detik, kulit teraba lembab, akral teraba hangat, tidak terlihat oedema di ekstremitas, terdapat nyeri tekan, tidak ada lesi.

(2) Kekuatan Otot

5	5
5	5

h) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid dan kelenjar parotis.

d. Data psikologis, sosial dan spiritual

1) Aspek Psikologis

Pada saat dilakukan pengkajian pasien meyakini bahwa semua penyakit ada obatnya dan senantiasa akan terus berikhtiar untuk kesembuhannya.

2) Aspek Sosial

Pada saat dilakukan pengkajian pasien dapat bersosialisasi dan berhubungan baik dengan tim medis, keluarga dan pasien lainnya. Pasien selalu didampingi oleh keluarganya. Pasien sangat baik, kooperatif saat berkomunikasi menjawab pertanyaan tidak ada gangguan konsep diri.

3) Aspek Spiritual

Pada saat dilakukan pengkajian pasien menganut agama islam, meskipun sedang sakit adanya keterbatasan selama dirawat pasien tetap berdoa'a untuk kesembuhannya. Sebelum sakit pasien taat beribadah.

e. Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Aktivitas Sehari - Hari

No	ADL	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Nutrisi		
	- Menu	Nasi + lauk pauk	Bubur
	- Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	- Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	Minum		
	- Jenis	Air putih	Air putih
	- Frekuensi	8 – 10 gelas	6 – 8 gelas
	- Cara	mandiri	Dibantu sebagian

2	Eliminasi		
	BAB		
	- Frekuensi	1 – 2x/ hari	1x/ hari
	- Konsistensi	Lembek	Lembek
	- Bau	Khas feses	Khas feses
	- Cara	Mandiri	Dibantu
	BAK		
	- Frekuensi	3 – 4x/hari	3 – 4x/hari
	- Cara	Mandiri	Dibantu
3	Istirahat Tidur		
	- Lama tidur	7 – 8 jam/hari	5 – 6 jam
	- Kualitas tidur	Nyenyak	Kurang nyenyak
4	Personal Hygiene		
	- Mandi	2x/hari	Pasien belum
	- Keramas	3x/minggu	mandi
	- Gosok gigi	2x/hari	Belum keramas
	- Memotong	1x.minggu	1x/hari
	kuku		1x/minggu

f. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn. H

Jenis kelamin : Laki-laki

Usia : 31 Tahun

No. Rekam Medis : 24.04.33

Tanggal Pemeriksaan : 24 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
<u>HEMATOLOGI</u>			
Hemoglobin	16,3	Pria = 14 - 18	gr/dl
		Wanita = 12 - 14	gr/dl
Leukosit	8.000	4.000 - 10.000/m ³	per mm ³
LED		<10 mm	mm/1 jam
		<20 mm	
Trombosit	185.000	150.000 - 450.000	per mm ³
Hematokrit	51,6	35 - 45	%
Eritrosit		4,5 - 6,0	juta/mm ³
Bleeding Time	1'00	1 – 3 menit	menit
Clothing Time	5'00	5 – 15 menit	
Golongan Darah	A (+)		

<u>KIMIA</u>			
<u>DARAH</u>			
GDS	103	100 - 140	mg/dl

g. Terapi Obat

Tabel 3. 3 Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Fungsi
RL	20 tpm	IV	Untuk menyeimbangkan elektrolit dalam tubuh.
Ranitidine	3x1	IV	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti maag dan tukak lambung.
Keterolac	2x1	IV	Untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat.
Cefotaxime	2x1	IV	Untuk mengobati infeksi bakteri dibagian tubuh.

h. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : a. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi b. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk tusuk c. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10) DO : d. Pasien tampak meringis e. Pasien tampak gelisah f. Kesadaran composmentis g. TTV TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit R : 20x/menit S : 36,5°C	Pembedahan Hernioraphy ↓ Prosedur pembedahan ↓ Post bedah ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Nyeri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)
2	DS : a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area selangkangan DO : b. Terdapat kemerahan pada luka bekas operasi	Hernia inguinalis ↓ Pembedahan ↓ Insisi bedah ↓ Pasca pembedahan ↓	Risiko Infeksi (D.0142)

	c. Luka tampak dibalut dengan perban d. Luka tampak basah, sedikit keluar darah e. Panjang luka $\pm 10\text{cm}$	Risiko Infeksi	
3	DS : a. Pasien mengatakan belum mandi b. Pasien mengatakan belum mampu ke kamar mandi DO : c. Pasien POD I d. Aktivitas kebersihan dibantu keluarga	Pembedahan ↓ Post bedah ↓ Enggan melakukan pergerakan karena nyeri ↓ Deficit perawatan diri	Defisit Perawatan Diri (D.0109)

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.
- Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk.
- Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0 – 10).

DO :

- Klien tampak meringis
- Pasien tampak gelisah
- Kesadaran Composmentis
- TTV

TD : 120/80mmHg

N : 82x/menit

R : 20x/menit

S : 36,5°C

- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan :

DS :

- a. Pasien mengatakan terdapat terdapat luka operasi pada area selangkangan

DO :

- a. Terdapat kemerahan pada luka bekas operasi
b. Luka tampak dibalut dengan perban
c. Luka tampak basah, sedikit keluar darah
d. Panjang luka ± 10 cm

- c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan

DS :

- a. Pasien mengatakan belum mandi
b. Pasien mengatakan belum mampu ke kamar mandi

DO :

- a. Pasien POD I
b. Aktivitas kebersihan pasien dibantu keluarga

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Indetifikasi skala nyeri <i>Terapeutik :</i> 3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis,	<i>Observasi</i> 1. Mengetahui sejauh mana rasa nyeri yang dirasakan, adakah rasa nyeri yang menyebar atau tidak 2. Mengetahui sakala nyeri <i>Terapeutik :</i> 3. Untuk mengurangi rasa nyeri 4. Diharapkan dapat menciptakan

			suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi :</i> 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi :</i> Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	lingkungan yang nyaman 5. Agar pasien dapat beristirahat <i>Edukasi :</i> 6. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan klien 7. Memudahkan klien untuk mengurangi rasa nyeri secara sederhana <i>Kolaborasi :</i> Untuk mengurangi rasa nyeri
2	Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam	Pencegahan Infeksi (I.14539) <i>Observasi :</i>	<i>Observasi :</i>

		diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun	1. Monitor tanda dan gejala infeksi <i>Terapeutik :</i> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <i>Edukasi :</i> 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi <i>Terapeutik :</i> 2. Diharapkan dapat mencegah bakteri yang dibawa pengunjung 3. Untuk mempertahankan lingkungan aseptik pada pasien <i>Edukasi :</i> 4. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi 5. Mengurangi kontaminasi mikroorganisme 6. Untuk membantu proses penyembuhan luka
--	--	--	---	---

			Perawatan Area Insisi (I.14558) <i>Observasi :</i> 1. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisensi atau eviserasi <i>Terapeutik :</i> 2. Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat 3. Ganti balutan luka sesuai jadwal <i>Edukasi :</i> 4. Ajarkan cara merawat area insisi	<i>Observasi :</i> 1. Untuk mengetahui area insisi <i>Terapeutik :</i> 2. Agar area insisi terhindar dari infeksi 3. Agar terhindar dari infeksi <i>Edukasi :</i> 4. Agar pasien dapat merawat area insisinya
3	Defisit Perawatan Diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Minat melakukan perawatan diri meningkat.	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.	<i>Observasi :</i> 1. Untuk mengetahui kebiasaan perawatan diri pasien.

		2. Kemampuan mandi secara mandiri meningkat. 3. Kemampuan mengenakan pakaian secara mandiri meningkat. 4. Kemampuan ke toilet secara mandiri meningkat.	2. Monitor tingkat kemandirian pasien. 3. Identifikasi mengetahui alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan pasien. <i>Terapeutik :</i> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, dan privasi). 2. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 3. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. <i>Edukasi :</i> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	2. Untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien. 3. Untuk mengetahui alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan pasien. <i>Terapeutik :</i> 1. Agar pasien merasa aman dan nyaman. 2. Jika pasien mengalami kesulitan bisa dibantu. 3. Agar terjadwal dengan baik dalam melakukan perawatan diri. <i>Edukasi :</i> 1. Agar pasien dapat mengerti melakukan perawatan diri secara mandiri dan konsisten
--	--	---	---	--

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal/ jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi Sumatif	Paraf
26 April 2025 08.00	1.	1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80mmHg N : 82x/menit R : 20x/menit S : 36,7 Spo2 : 98% 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri Respon : lokasi luka operasi pada area selangkangan, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 5 (0-10) 4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) Respon : setelah dilakukan Tarik nafas dalam klien tampak rileks 5. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (ppencahayaan, kebisingan)	28 April 2025 14.20 S: a. pasien mengatakan nyeri di area luka operasi sudah berkurang. b. pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk berkurang. c. Pasien mengatakan skala nyeri berkurang 2 (0-10). O: a. Tidak ada meringis b. Terdapat luka operasi di area selangkangan. TTV TD : 100/85 mmHg N : 83x/menit R : 20x/menit S : 36°C A: Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan	Sahla

		Respon : mengatur pencahayaan dengan lampu, mengurangi kebisingan 6. memfasilitasi istirahat dan tidur Respon : menciptakan suasana yang tenang dan nyaman bagi pasien : pasien tampak nyaman dan tenang 7. menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu yeri Respon : klien tampak paham dengan penjelasan yang diberikan 8. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Respon : klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam 9. kolaborasi pemberian analgetik Respon : memberikan analgetik dengan keterolak	(pasien pulang) kontrol tanggal 4 Mei ke poli dalam	
26 April 2024 10.05	2.	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi. Respon : terdapat kemerahan pada luka operasi. 2. Membatasi jumlah pengunjung. Respon : pasien dan keluarga beredia untuk membatasi jumlah pengunjung, tampak hanya 1 orang yang menunggu pasien. 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak	28 April 2025 14.35 S: a. Pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada area selangkangan. O: a. Panjang luka $\pm$ 10 cm.	Sahla

		dengan pasien dan lingkungan pasien. Respon : perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Respon : pasien memahami penjelasan dari perawat mengenai tanda dan gejala. 5. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Respon : pasien bersedia diajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 6. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. Respon : pasien tampak memahami pentingnya konsumsi makanan bergizi tinggi protein dan cukup cairan untuk mempercepat penyembuhan luka. 7. Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen. Respon : terdapat kemerahan pada luka post operasi. 8. Membersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat. Respon : luka dibersihkan dengan menggunakan cairan NaCl. 9. Mengganti balutan sesuai dengan jadwal. Respon : pasien tampak kooperatif pada saat diganti balutan.	b. Luka pasien sedikit mengering. c. Kemerahan berkurang. A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian. P: Pertahankan intervensi. - Bersihkan area insisi dengan pembersih yang paling tepat. - Ganti balutan sesuai dengan jadwal.	
--	--	--	--	--

		10. Mengajarkan cara merawat area insisi. Respon : pasien mengatakan sudah sedikit mengetahui cara memeriksa luka insisi karena istri pasien seorang bidan.		
26 April 2025 10.55	3	1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. Repon : Pasien mengatakan akan melakukan perawatan diri 2x/hari 2. Memonitor tingkat kemandirian pasien Respon : Pasien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri karena nyeri pada luka post operasi. 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Respon : kebutuhan pasien yaitu peralatan mandi dan pakaian. 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik (seperti suasana hangat, rileks dan privasi). Respon : pasien rileks dan sampiran tertutup. 5. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Respon : pasien bisa perawatan diri tetapi masih dibantu 6. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri pasien.	28 April 2025 15.15 S : a. Pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi. O : a. Pasien tampak bersih. b. Pasien tampak sudah mengganti pakaiannya. c. Pasien tampak sudah mulai bisa melakukan perawatan diri. A : Masalah defisit perawatan diri teratasi. P : intervensi dihentikan.	

		Respon : pasien mengatakan bersedia melakukan jadwal perawatan diri. 7. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Respon : pasien akan melakukan perawatan 2xsehari.		
--	--	--	--	--

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

Tanggal dan jam	No . Dx	Catatan Perkembangan	paraf
26 April 2025 12.00	1.	S : a. Pasien mengatakan nyeri masih terasa. b. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. c. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (0-10). O : a. Pasien tampak meringis. b. Pasien tampak gelisah. c. TD : 120/80 mmHg N : 82x/menit R : 20x/menit S : 36,7°C A : Nyeri akut P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetic. I : - Mengidentifikasi skala nyeri. - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam).	Sahla

		- Berkolaborasi pemberian analgetic. E : Masalah teratasi sebagian.	
26 April 2025 12.15	2.	S : a. Pasien mengatakan ada luka post operasi di area selangkangan. O : a. Tampak kemerahan. b. Panjang luka $\pm$ 10 cm. c. Luka dibersihkan dengan NaCl. A : Risiko infeksi. P : Lanjutkan intervensi. - Monitor tanda dan gejala infeksi. - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. - Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat. - Ganti balutan luka sesuai dengan jadwal. I : - Memonitor tanda dan gejala infeksi. - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan. - Membersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat. - Mengganti balutan luka sesuai dengan jadwal. E : Masalah teratasi sebagian	Sahla
26 April 2025 12.35	3	S : a. Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. O : a. Pasien tidak mampu ke kamar mandi. b. Aktivitas kebersihan masih dibantu keluarga. A : Defisit Perawatan Diri P : Lanjutkan intervensi - Monitor tingkat kemandirian pasien. - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi).	

		- Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri. - Jadwalkan rutinitas perawatan diri. - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. I : - Memonitor tingkat kemandirian pasien. - Mensediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi). - Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri. - Menjadwalkan rutinitas perawatan diri. - Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. E : Masalah teratasi sebagian.	
27 April 2025 14.00	1.	S : a. Pasien mengatakan nyeri masih terasa namun sudah berkurang. b. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk sudah berkurang. c. Pasien mengatakan skala nyeri berkurang 3 (0-10). O : a. Meringis berkurang. b. Terdapat luka operasi di area selangkang. TTV TD : 115/80 mmHg N : 79x/menit R : 20x/menit S : 36°C A : Nyeri Akut P : Pertahankan intervensi I : - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) E : - Intervensi dipertahankan	Sahla

27 April 2025 15.00	2.	S : a. Pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada area selangkangan O : a. Panjang luka $\pm$ 10cm b. Luka terlihat sedikit basah c. Luka telah dibersihkan dengan menggunakan NaCl A : Risiko Infeksi P : lanjutkan intervensi - Bersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat - Ganti balutan luka sesuai jadwal I : - Membersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat - Mengganti balutan luka sesuai dengan jadwal E : Masalah teratasi sebagian	Sahla
27 April 2025 15.40	3	S : a. Pasien mengatakan sudah melakukan perawatan diri. O : a. Pasien tampak rapih b. Perawatan diri masih dibantu oleh keluarga. A : Defisit perawatan diri P : - Monitor tingkat kemandirian pasien. - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi). - Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri. - Jadwalkan rutinitas perawatan diri. - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. I : - Memonitor tingkat kemandirian pasien.	Sahla

		- Mensediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi). - Mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri. - Menjadwalkan rutinitas perawatan diri. - Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan E : masalah teratasi sebagian.	
--	--	---	--

B. Pembahasan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. Hdengan gangguan sistem pencernaan: post Hernioraphy atas indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra di ruang Flamboyan RS Tingkat IV/. 03.07.04 Guntur Garut selama 3 (hari), yaitu pada tanggal 26 – 28 April 2025. Penulis berusaha menerapkan langkah-langkah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis serta memperhatikan kebutuhan klien. Pada bagian ini penulis akan membandingkan antara kajian teoritis dengan tinjauan kasus yang ditemukan di lapangan. Dari perbandingan tersebut muncul kesenjangan antara kajian teoritis dengan fakta di lapangan, maka ada beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, sampai evaluasi dimana hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan langkah awal dimana dimulainya proses asuhan keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga dengan menjelaskan tujuan yang

dimaksud dilakukan asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian penulis menggunakan metode wawancara secara langsung kepada klien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien. Penulis melakukan anamnesa mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola aktivitas sehari-hari, serta melakukan pemeriksaan fisik pada klien. Dalam pengkajian ini penulis mendapatkan data berkat kerja sama yang kooperatif baik dari klien maupun keluarganya.

Berdasarkan hasil pengkajian Tn. H dengan usia 31 tahun mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur hernioraphy, nyeri pada area selangkangan post operasi, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan bertambah ketika banyak gerak dan berkurang ketika istirahat. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C, saturasi oksigen 98%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post op hernioraphy dengan panjang luka $\pm$ 10cm, luka tampak basah tertutup perban, pada luka tampak kemerahan.

Menurut Nurbadriyah & Fikriana (2020) keluhan yang sering dirasakan pasien pasca operasi adalah nyeri. Nyeri yang dirasakan pada Tn. H karena adanya luka operasi hernioraphy merupakan respon inflamasi

akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan rusaknya jaringan.

Pada Tn. H didapatkan data hasil pemeriksaan terdapat luka operasi pada area selangkangan, terdapat kemerahan pada area luka, sedikit keluar darah, luka tampak basah. Setelah dilakukan tindakan pembedahan hernioraphy hernia inguinalis lateralis. Risiko infeksi merupakan keadaan rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogen yang dapat mengganggu kesehatan.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dengan data yang ditemukan pada pasien saat pengkajian, yaitu keluhan nyeri, nyeri saat melakukan pergerakan, serta ditandai dengan tampak adanya luka post operasi hernioraphy dengan panjang ± 10 cm.

Setelah dilakukan pengkajian didapatkan hasil Analisa data masalah muncul pada Tn. H antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 5 (0-10).
- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan terdapat kemerahan pada luka bekas operasi, luka tampak dibalut dengan perban luka tampak basah, sedikit keluar darah, panjang luka ± 10 cm.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

ditandai dengan pasien mengatakan belum mandi, pasien mengatakan belum mampu ke kamar mandi, pasien POD I, aktivitas kebersihan dibantu.

2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hernia inguinalis lateralis adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Adapun diagnose keperawatan yang muncul pada Tn. H berdasarkan hasil pengkajian serta analisa data adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 5 (0-10).

- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
ditandai dengan terdapat kemerahan pada luka bekas operasi, luka tampak dibalut dengan perban luka tampak basah, sedikit keluar darah, panjang luka ± 10 cm.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
ditandai dengan pasien mengatakan belum mandi, pasien mengatakan belum mampu ke kamar mandi, pasien POD I, aktivitas kebersihan dibantu.

Empat masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hernia inguinalis disini penulis menemukan tiga masalah keperawatan yang muncul dan yang penulis tidak temukan pada Tn. H yaitu gangguan pola tidur dan gangguan mobilitas fisik.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya keluhan nyeri, tampak adanya luka operasi pada area selangkangan. Secara garis besar diagnose keperawatan yang muncul pada Tn. H sesuai dengan teori serta ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau intervensi merupakan segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan serta penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (PPNI, 2018).

Pada perencanaan keperawatan ini penulis susun melalui beberapa langkah yaitu menentukan masalah keperawatan, tujuan keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan,

tujuan keperawatan, serta 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 dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil, keluhan nyeri menurun, meringis menuurun, kesulitan tidur menurun skala nyeri menurun dari 5 menjadi 2 dengan rentang (0-10), frekuensi nadi membaik. Intervensi yang didapatkan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
 - 2) Indetifikasi skala nyeri
 - 3) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam)
 - 4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - 5) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - 6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 7) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
- b. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosdur invasive

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan keiteria hasil kemerahan menurun, nyeri menuurn, bengkak menurun. Intervensi yang didapatkan menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontan dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 6) Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak, atau tanda-tanda dehisen
- 7) Bersihkan area insisi dengan pemberih yang lebih tepat
- 8) Ganti balutan luka sesuai jadwal
- 9) Ajarkan cara merawat area insisi

c. Defisit Perawatan Diri

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan tingkat perawatan diri (I.11348) dengan kriteria hasil, minat melakukan perawatan diri, dapat mengenakan pakaian secara mandiri, dapat ke toilet secara mandiri. Intervensi yang didapatkan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
- 2) Monitor tingkat kemandirian pasien.

- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan pasien.
- 4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi).
- 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
- 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri.
- 7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 26 – 28 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn. H berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada pedoman buku SLKI dan SIKI, walaupun terdapat beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan. Hal ini dikarenakan intervensi yang disusun di sesuaikan kembali berdasarkan kebutuhan dan kondisi pasien.

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

Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan cara memonitor nyeri, memonitor skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis (memberikan teknik napas dalam), mengontrol lingkungan

yang memperberat rasa nyeri (membatasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur (menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman bagi pasien), mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mengajarkan teknik relaksasi napas dalam), memberikan obat analgetic ketorolac sesuai intruksi dokter).

Setelah dilakukan implementasi tersebut didapatkan keluhan nyeri pada pasien, dnan skala nyeri 5 (0-10), pasien juga dapat mengatasi nyeri yang dirasakan dengan menggunakan teknik non farmakologis yaitu dengan relaksasi napas dalam, implementasi tersebut adalah tindakan yang berfokus untuk mengurangi nyeri pada pasien.

b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Implementasi yang dilakukan yaitu memberikan perawatan luka dengan cara memonitor tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontan dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, memeriksa area insisi, membersihkan area insisi dengan pembersih yang tepat, mengganti balutan sesuai dengan jadwal, mengajarkan cara merawat area insisi.

Setelah dilakukan implementasi tersebut didapatkan terdapat panjang luka operasi ± 10 cm, luka tampak basah sedikit ada darah, terdapat kemerahan pada luka. Implementasi tersebut adalah tindakan yang berfokus

untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka serta membantu meningkatkan penyembuhan luka dengan baik.

c. Defisit Perawatan Diri

Implementasi yang dilakukan yaitu dukungan perawatan diri dengan cara mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian pasien, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks, dan privasi), mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, menjadwalkan rutinitas perawatan diri, menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan pada setiap memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien dapat mengatasi dan mengurangi masalah pasien. Sedangkan pada evaluasi sumatif penulis melakukan pada hari ke empat setelah tiga hari memberikan asuhan keperawatan pada Tn. H.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap tiga masalah keperawatan yang muncul pada Tn. H didapatkan hasil.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ke empat, karena keluhan nyeri pada Tn. H berkurang, skala nyeri berkurang, meringis berkurang dibuktikan dengan pasien tidak tampak meringis, selain itu keluarga serta Tn. H kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi sebagian.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari keadaan luka pasien membaik dibuktikan dengan luka tampak sudah kering, kemerahan pada luka berkurang. Pada proses penyembuhan luka membutuhkan waktu yang relative lebih lama, selain itu adanya keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan sehingga masalah risiko infeksi teratasi sebagian.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari perawatan pasien meningkat dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi, pasien sudah mengganti pakaian mandiri.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. H dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra POD-I Diruangan Flamboyan RS Tingkat IV/03.07.04 Guntur Garut melalui proses keperawatan yang dimulai dari tanggal 26 – 28 April 2025 adapun kesimpulan yang didapat dari asuhan keperawatan adalah :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. H dengan post operasi Hernioraphy POD-I atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra. Penulis mendapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, dan penulis mampu menegakkan diagnose keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Tn. H dengan post hernioraphy hari pertama.
2. Penulis mampu menegakkan diagnose keperawatan pada Tn. H dengan gangguan Sistem pencernaan post hernioraphy POD I. Adapun diagnose keperawatan yang muncul pada pasien yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan pada Tn. H dengan post operasi hernioraphy hari pertama atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra berdasarkan prioritas yang telah disusun.

4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan post operasi hernioraphy hari pertama atas indikasi hernia inguinalis lateralis sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari tindakan yang telah dilakukan pada Tn. H dengan post operasi hernioraphy POD-I atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah keperawatan Nyeri Akut teratasi, Risiko Infeksi teratasi sebagian dan Defisit Perawatan Diri teratasi.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. H dengan post operasi hernioraphy POD I atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual terhadap pasien post operasi hernioraphy atas indikasi hernia inguinalis lateralis sinistra berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh selama pendidikan dengan memperbanyak latihan kasus dan jadwal praktik lapangan.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien diharapkan dapat memperoleh pengetahuan yang telah diberikan oleh perawat dan harus melakukan perawatannya di rumah, serta

keluarga pasien harus selalu memberikan dorongan, motivasi, semangat dan selalu mendoakan pasien.

3. Bagi Perawat

Dalam memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik dan optimal kepada pasien, perawat diharapkan memperdalam ilmu kesehatan terutama keperawatan dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan yang terkait seperti perawatan luka post operasi, dan membaca literatur serta mengadakan penelitian yang berhubungan dengan perawatan luka post operasi.

4. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan mutu pelayanan rumah sakit lebih ditingkatkan lagi, baik dari segi sarana maupun prasarana agar memberikan pelayanan yang lebih memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, M. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NYERI DAN KENYAMANAN DENGAN POST OPERSI HERNIA INGUINALIS DI RS TK IV 02.07.04 DENKESYAH LAMPUNG TAHUN 2022*. 1-23.
- Awallul, (2024). *Jurnal Biologi Tropis Inguinal Hernia : Literature Review*.
- Depkes RI. (2018). Prevalensi Hernia Inguinalis Lateralis. *Kesehatan*, 3(1), 1–2. (Online).www.depkes.go.id
- Kurniawati, S. (2021). *Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) Oleh*.
- Meliani, R. I., & Dytho, M. S. (2022). *HERNIA*
- Muhammad Qiemas. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis. *Kesehatan*, 1, 34-40. <https://ejurnal.stikesbhaktikencana.ac.id>
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika
- Nuruzzaman, M. R. (2019). Abdominal Hernias. *Emedicine Speciaties General Surgery Abdomen*. *Kesehatan*, 4(3), 2.
- Pebriana, Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut*. 1, 1-53.
- Purba, C. F. (2020). Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan.
- Putri, N. A., Feby, N., Agistany, F., Bayu, R., & Akhyar, F. (2023). Jurnal Biologi Tropis Inguinal Hernia : Diagnosis and Management. *Jurnal Biologi Tropis*, 96–103.
- PPNI, T. P. (2016). *Standar Diagnosa keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Diagnosa keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI).
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.
- Risma Zulianti, Ahmad Zakiudin, & Esti Nur Janah. (2024). Asuhan Keperawatan pada An. M dengan Post Operasi Debridement Indikasi Combustio Grade II di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *Protein : Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*. , 2(4), 290–299. <https://doi.org/10.61132/protein.v2i4.778>
- Setyaningrum, F. C. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan 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.

Siringo Ringo, M. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANGAN WIJAYA KUSUMA III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CIAMIS KARYA TULIS ILMIAH* Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya.

Sjamsuhidajat. (2016). Buku Ajar Ilmu Bedah. *Nurse Journal*, 2, 1-7

Wahid. (2019). Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Dengan Hemiparese Sinistra. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1 (1), 12.

Widodo, W., & Trisetia, M. (2022). Terapi Relaksasi Napas Dalam dan Genggam Jari pada Klien Post Hernioraphy dengan Nyeri Akut. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(November), 1377–1386.

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. H dan Keluarga
Waktu	: 11.00 WIB s/d selesai
Tempat	: Ruang Flamoyan RS Guntur Garut
Penyuluh	: Sahla Nurdiani (KHGA22092)

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 :	Mendengarkan

			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	
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 dan mengucapkan salam	- Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penyaji - Merasa senang jika diberi pujian - Menjawab 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 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, ketida unsur ini di perlukan 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

Pencegahan Infeksi di Rumah 1. mandi 2x sehari, daerah yang terbalut luka jangan sampai terkena air atau basah karena dapat meningkatkan kelembapan 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 antibiotik untuk mencegah infeksi	* 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. mobilisasi terbatas atau kurang gerak Tanda dan Gejala Infeksi 1. merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas 2. merasa sakit atau nyeri pada kulit daerah luka 3. 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	pencegahan Infeksi  Sahla Nurdiani KHGA22092 PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKES KARSA HUSADA GARUT
--	--	---

Pemenuhan Nutrisi Bagi Pasien Pasca Operasi nutrisi adalah makanan yang mengandung cukup nilai gizi dan tenaga untuk perkembangan dan pemeliharaan kesehatan secara optimal. (Indah, 2013) Pemenuhan Nutrisi Bagi Pasien Pasca Operasi 1. karbohidrat (nasi, gandum, umbi umbian seperti singkong, kentang, ubi, dll. 2. protein (protein hewani : ayam, ikan, daging merah, dan hati) dan (protein nabati : kacang polong, seperti buncis, kedelai, kacang kacangan 3. lemak 4. vitamin 5. mineral 6. air	Tips Perawatan Pasien Pasca Operasi • tingkatkan konsumsi makanan yang mengandung protein dan vitamin C • 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 • makan makanan bergizi, misalnya, nasi, lauk pauk, sayur, susu, buah. • konsumsi makanan (lauk pauk) berprotein tinggi, seperti daging, ayam, ikan, telur dan sejenisnya • minum sedikitnya 8-10 gelas per hari	• mobilisasi bertahap hingga dapat beraktivitas seperti biasa • mandi seperti biasa yakni 2x dalam sehari • kontrol secara teratur untuk evaluasi luka operasi dan pemeriksaan kondisi tubuh • minum obat sesuai anjuran dokter CEGAH INFEKSI!!! 
---	--	---

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. H Dengan Gangguan Sistem
Pencernaan : Post Op Hernioraphy POD I Atas Indikasi Hernia
Inguinalis Lateralis Sinistra Di Ruang Flamboyan RS Tingkat IV
Guntur Garut

Nama : Sahla Nurdiani

Nim : KHGA22092

Pembimbing : Sulastini M.Kep

No	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Senin 2 Juni 2025		Pengarahan bimbingan KTI	Sulastini M.Kep
2	Kamis 6 Juni 2025	BAB I	- Latar belakang dipertajam alas an mengambil hernioraphy	

			- Dampak kenapa hernia perlu tindakan Op	Sulastini M.Kep
3	Selasa 10 juni 2025	BAB I	- Peran perawat dimasukan - Susunan paragraph diperbaiki - Sistematika penulisan	Sulastini M.Kep
4	Rabu 11 juni 2025	BAB I	- BAB I ACC - Lanjut BAB 2	Sulastini M.Kep
5	Jumat 13 juni 2025	BAB II	- Tambahkan konsep dasar hernioraphy - Tambahkan KDM - Sistematika penulisan	Sulastini M.Kep
6	Selasa 17 juni 2025	BAB II	- BAB II ACC - Lanjut BAB III dan BAB IV	Sulastini M.Kep
7	Kamis	BAB III	- Perbaiki pengkajian	

	19 juni 2025		- Analisa data - Perbaiki diagnose keperawatan	Sulastini M.Kep
8	Rabu 25 juni 2025	BAB III dan BAB IV	- BAB III dan BAB IV ACC - Susun Abstrak	Sulastini M.Kep
9	Selasa 01 juli 2025	Draft KTI Lengkap	ACC ujian sidang KTI	Sulastini M.Kep

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

Nama : Sahla Nurdiani

NIM : KHGA22092

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 15 April 2004

Agama : Islam

Alamat : Kp. Tajur RT/RW 01/08, Desa Tenjonagara,
Kecamatan Sucinaraja, Kabupaten Garut

Email : sahlannurdiani566@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 1 Tenjonagara Tahun 2010 – 2016
2. SMPN 1 Sucinaraja Tahun 2016 – 2019
3. SMAN 26 Garut Tahun 2019 – 2022
4. STIKes Karsa Husada Garut 2022 - sekarang