

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT
TIDUR PADA PASIEN PASCA *HERNIOTOMY*
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

DIAN ANANTYA PARAMITA PUTRI
NIM. P0 5120219060

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT
TIDUR PADA PASIEN PASCA *HERNIOTOMY*
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma
III Keperawatan pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

DIAN ANANTYA PARAMITA PUTRI
P05120219060

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT
TIDUR PADA PASIEN PASCA *HERNIOTOMY*
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**


Dipersiapkan dan Dipresentasikan oleh:

DIAN ANANTYA PARAMITA PUTRI
P05120219060

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan di
Hadapan Tim Penguji Program Studi DIII Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada tanggal 12 Juli 2022

Oleh
Dosen Pembimbing :



Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep
NIP.197709132002121002

**HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ISTIRAHAT
TIDUR PADA PASIEN PASCA *HERNIOTOMY*
DI RSHD KOTA BENGKULU
TAHUN 2022**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

DIAN ANANTYA PARAMITA PUTRI
P05120219060

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipresentasikan di
Hadapan Tim Penguji Program Studi Diploma III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 13 Juli 2022

Panitia Penguji

1. **Pauzan Efendi, SST., M.Kes**
NIP. 196809131988031003
2. **Widia Lestari, S.Kep., M.Sc**
NIP. 198106052005012004
3. **Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep**
NIP. 197709132002121002

(.....)
(.....)
(.....)

**Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan**


Asmawati, S.Kp., M.Kep
NIP. 197502022001122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul ” Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Pasca *Herniotomy* Di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022”.

Penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada:

1. Ibu Eliana, SKM., MPH selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns.Septiyanti, S.Kep., M.Pd selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Asmawati, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Bapak Pauzan Efendi, SST., M.Kes selaku Ketua Penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan KTI ini
5. Ibu Widia Lestari, S.Kep., M.Sc selaku Penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyempurnaan KTI ini
6. Bapak Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing KTI yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam menyusun studi kasus ini.
7. Bapak Efrizon Hariadi, SKM., MPH selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak meluangkan waktu membantu dalam penyelesaian masalah perkuliahan, memberikan saran dan arahan selama 3 tahun pendidikan ini.
8. Seluruh Dosen dan Staf di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

9. Pasien kelolaan Tn. S dan keluarga beserta seluruh perawat, dokter, dan seluruh tenaga medis lain yang bertugas di ruang rawat inap Marwah RSHD Kota Bengkulu.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah yang penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa Prodi Keperawatan Bengkulu lainnya.

Bengkulu, 13 Juli 2022

Penulis

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji dan syukur kepada Allah SWT dan atas dukungan dan do'a dari orang-orang tercinta, hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu dengan rasa syukur dan bahagia saya persembahkan rasa terimakasih saya kepada:

1. Kedua orang tua terhebat yang paling saya sayangi dan saya cintai Dadan Taryana dan Yulia yang senantiasa memberikan doa atas kelancaran dan keberhasilan anak-anaknya, tidak pernah berhenti memotivasi, mendukung dan menyemangati, yang selalu berusaha memenuhi kebutuhan penulis untuk menyelesaikan pendidikan DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Kepada Mbah Uti, Mbah Kakung dan Nenek yang selalu mendoakan kesuksesan cucu-cucunya.
3. Kepada satu-satunya adik kandungku yang tercinta Dinka Adelia Az-Zahra yang selalu memberikan doa, semangat dan dukungannya selama ini.
4. Teruntuk sahabat ku tercinta Arien Nurul Annisa, Dewi Anggraini, Wahyuni Sri Utami yang selalu memberikan support, saling menguatkan dan selalu membantu kapanpun penulis membutuhkan bantuan.
5. Kepada Kakak Pembimbingku Sist Tiara, Sist Enny, Kak Obi dan Adek Pembimbingku Nova dan Ahtiya yang selalu memberikan support dan bantuan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Teman satu bimbingan squad pak Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep Ayu, Tiara, Riga, Yogi yang telah berjuang bersama untuk mencapai titik ini.
7. Keluarga besar Badan Eksekutif Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang selalu memberi support dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
8. Teman-teman angkatan 14 *Excellent Nursing Class* Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan sebaik mungkin.

9. Untuk semua orang yang penulis sayangi dan pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang telah banyak memberikan bantuan, doa, dan motivasi dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Lastly, I would like to thank myself for struggling and persisting in going through all the processes to this success. keep the spirit, because the struggle is still long.

Semoga bimbingan, bantuan dan nasihat, serta dukungan yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Penyakit Hernia	7
B. Konsep Dasar Pasca <i>Herniotomy</i>	16
C. Konsep Dasar Kebutuhan Istirahat Tidur.....	17
D. Konsep Dasar Mobilitas Fisik	26
E. Konsep Asuhan Keperawatan	28
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	47
A. Desain Penelitian	47
B. Subyek Penelitian	47
C. Batasan Istilah.....	47
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.	48
E. Prosedur Penelitian.	48
F. Metode Pengumpulan Data.....	49
G. Keabsahan Data.	49
H. Analisa Data	50
I. Etika Studi Kasus.....	50
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	52
A. Hasil Studi Kasus	52
B. Pembahasan	77
BAB V PENUTUP.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	88
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas	30
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	35
Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium	57
Tabel 4.2 Penatalaksanaan Medis	57
Tabel 4.3 Analisa Data	58
Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan	60
Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan & Evaluasi Keperawatan.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata Penulis
- Lampiran 2 : SOP ROM, SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam
- Lampiran 3 : Leaflet
- Lampiran 4 : Format *Discharge Planning*
- Lampiran 5 : Foto Dokumentasi
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 7 : Surat Pra Penelitian Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian KESBANGPOL
- Lampiran 9 : Surat Izin Pengambilan Kasus Poltekkes Kemenkes Bengkulu
- Lampiran 10 : Surat Izin Penelitian RSHD Kota Bengkulu
- Lampiran 11 : Surat Keterangan Selesai Penelitian RSHD Kota Bengkulu

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan abnormal suatu organ atau jaringan melalui defek yang biasanya terjadi pada dinding abdomen. Defek ini dapat terjadi pada daerah dimana aponeurosis dan *fascia* tidak dilindungi oleh otot. Hernia banyak muncul pada area inguinal, femoral, umbilikal, atau bekas insisi (Yusmaidi *et al.*, 2021). Sekitar 75% dari keseluruhan hernia terjadi pada sekitar lipat paha berupa hernia inguinalis serta hernia femoralis, 10% berupa hernia insisional, 10% berupa hernia ventralis, 3% berupa hernia umbilikal, dan hernia lainnya sekitar 3%. Pada kasus hernia inguinalis, terjadi lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan (Yusmaidi *et al.*, 2021). Hernia dapat menyerang semua usia (anak, dewasa maupun lansia) ditandai dengan adanya benjolan yang hilang timbul (Nurbadriyah & Fikriana, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita hernia terus meningkat setiap tahunnya. Didapatkan data pada tahun 2017 sampai dengan tahun 2019 penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12,7%) dengan penyebaran paling banyak adalah negara berkembang seperti Afrika, Asia Tenggara termasuk Indonesia (Budiarti, 2020).

Berdasarkan data Indonesia pada tahun 2019 penderita hernia berjumlah 1.432 dengan hernia yang merupakan penyebab obstruksi usus nomor satu dan penyakit yang memerlukan tindakan operasi terbanyak nomor dua setelah operasi darurat apendisitis akut. Data Kementerian Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa berdasarkan distribusi penyakit sistem cerna klien rawat inap menurut golongan sebab sakit Indonesia, hernia menempati urutan ke-8 dengan jumlah 18.145 kasus, 273 diantaranya meninggal dunia dan hal ini bisa disebabkan karena ketidakberhasilan proses pembedahan terhadap hernia itu sendiri. Dari total tersebut, 15.051 diantaranya terjadi pada pria dan 3.094 kasus terjadi pada wanita. Pada klien

rawat jalan, hernia masih menempati urutan ke-8. Dari 41.516 kunjungan, sebanyak 23.721 kasus adalah kunjungan baru dengan 8.799 klien pria dan 4.922 klien wanita (Depkes RI dalam Pertiwi *et al.*, 2020). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang penulis lakukan di 3 rumah sakit yang berada di kota Bengkulu didapatkan perbandingan jumlah klien yang terdiagnosa hernia antara lain : RSUD dr. M.Yunus kota Bengkulu data rekam medik didapatkan sebanyak 82 kasus hernia yang menjalani perawatan di rumah sakit terhitung dalam 3 tahun terakhir sampai dengan Februari tahun 2022, pada RS Bhayangkara Kota Bengkulu data rekam medik didapatkan sebanyak 63 kasus hernia yang menjalani perawatan di rumah sakit terhitung dalam 3 tahun terakhir sampai dengan Maret 2022, dan data rekam medik yang didapatkan di RSHD kota Bengkulu didapatkan sebanyak 75 kasus hernia yang menjalani perawatan di rumah sakit terhitung dalam 3 tahun terakhir sampai dengan bulan Mei 2022. Menurut hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan penulis terhadap 3 rumah sakit tersebut, RSHD merupakan salah satu rumah sakit dengan data terbanyak ke dua dengan kasus dengan penderita hernia hingga bulan Mei 2022, maka dari itu penulis memutuskan untuk memilih RSHD sebagai lokasi penelitian.

Penatalaksanaan medis yang sering terjadi pada pasien dengan hernia yaitu konservatif. Sebelum dilakukan tindakan pembedahan biasanya dilakukan tindakan konservatif biasanya berupa reposisi, suntikan, pemakaian sabuk hernia, apabila sudah tidak bisa dilakukan tindakan konservatif maka akan dilakukan tindakan pembedahan, seperti *Herniotomy*, *Hernioraphy*, dan *Hernioplasty*.

Menurut Nurbadriyah & Fikriana (2020) pembedahan *herniotomy* sering dilakukan untuk pengobatan kasus hernia yang besar atau terdapat resiko tinggi untuk inkarserata. Sayatan pada waktu *herniotomy* dapat menyebabkan kerusakan jaringan, hal tersebut dapat memicu timbulnya rasa nyeri pascaoperasi atau pembedahan. Nyeri yang timbul pascaoperasi merupakan kejadian yang menekan atau stress, dan dapat mengubah kesejahteraan psikologi individu sehingga akan mengganggu kualitas tidur

klien. Pasien yang mengalami pembedahan sering terbangun pada malam hari dan hanya mendapatkan sedikit tidur akibat nyeri pascaoperasi/pembedahan. Selain itu, semakin bertambahnya intensitas nyeri maka dapat menimbulkan kecemasan pada klien dan akan mempengaruhi kualitas tidur klien (Thanthirige *et al*, 2016).

Pascaoperasi adalah suatu masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat klien dipindahkan dari ruang pemulihan sampai dengan pemindahan klien dari unit pascaoperasi hingga saat pemulangan klien. Luka yang diperoleh dari tindakan operasi akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat dan akan tentunya membuat klien merasa gelisah dan tidak nyaman saat beristirahat. Luka pada pascaoperasi akan mengalami proses inflamasi pada jaringan sekitarnya dan akan menimbulkan nyeri pada area bekas jahitan operasi (Thanthirige *et al*, 2016).

Penyembuhan luka pascaoperasi memerlukan waktu kurang lebih 10 sampai dengan 14 hari. Klien akan merasakan nyeri hebat rata-rata dua jam pertama pascaoperasi saat pengaruh anastesi mulai menghilang. Pada fase awal penyembuhan luka biasanya akan menimbulkan masalah nyeri dan membuat kualitas tidur klien dapat menurun (Gangguan, 2021).

Kebutuhan istirahat tidur yaitu kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan dasar manusia, tidur juga merupakan hal yang *universal* karena semua individu membutuhkan tidur dimanapun ia berada (Samsir & Yunus, 2020). Gangguan istirahat tidur pada klien pascaoperasi biasanya disebabkan oleh dua hal yaitu ketidaknyamanan fisik akibat rasa nyeri dan kecemasan mengenai perkembangan kondisi kesehatan setelah dilakukannya operasi. Gangguan tidur pada klien menandakan adanya gangguan secara fisik dan psikologi klien, jika masalah ini berlangsung dalam waktu yang lama, maka akan mengakibatkan proses pemulihan atau menghambat penyembuhan klien bahkan dapat memperburuk kondisi kesehatan klien. Kurangnya kualitas istirahat tidur klien akan mengurangi kemampuan berkonsentrasi dan meningkatkan iritabilitas. Gangguan tidur

pada klien pascaoperasi akan mengakibatkan trauma pada tubuh dengan mengganggu mekanisme protektif serta homeostatis (Lukman, 2017).

Pemenuhan kebutuhan istirahat tidur sangatlah penting bagi klien untuk membantu proses penyembuhan. Apabila kebutuhan istirahat tidur klien cukup, maka jumlah energi yang dimiliki dapat membantu untuk memulihkan status kesehatan klien. Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah istirahat tidur di antaranya dengan mengontrol lingkungan, meningkatkan kenyamanan, relaksasi, dan memberikan edukasi kesehatan. Maka dari itu, perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam mengatasi masalah istirahat tidur klien melalui asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada klien pasca *herniotomy*.

Selain itu, berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada RSHD Kota Bengkulu di instalasi rawat inap, masalah keperawatan yang banyak ditemukan pada pasien pasca *herniotomy* adalah kebutuhan istirahat tidur. Perawat ruangan mengatakan intervensi yang diberikan hanya berupa pemberian edukasi sehingga pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy* tidak maksimal dan dapat memperlambat proses penyembuhan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, melihat pentingnya kualitas tidur pada proses penyembuhan klien pascaoperasi maka penulis tertarik untuk meneliti mengenai “Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Pasca *Herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang dapat Penulis angkat pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Pasca *Herniotomy*?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memberikan gambaran Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Pasca *Herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022”

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran pengkajian kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.
- b. Diketahui gambaran diagnosa keperawatan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.
- c. Diketahui gambaran intervensi keperawatan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.
- d. Diketahui gambaran implementasi keperawatan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.
- e. Diketahui gambaran evaluasi keperawatan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Klien dan Keluarga

Klien dan keluarga dapat mengetahui dan menanggulangi pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

2. Bagi Dosen dan Mahasiswa

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan wawasan serta bahan bacaan mengenai asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah pengetahuan dalam mengatasi pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan ilmu baru dalam menangani pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Hernia

a. Definisi

Hernia merupakan produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong dan isi hernia. Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan dinding perut (Nuruzzaman, 2019).

b. Etiologi

Hal yang mengakibatkan hernia menurut (Nuruzzaman, 2019) adalah:

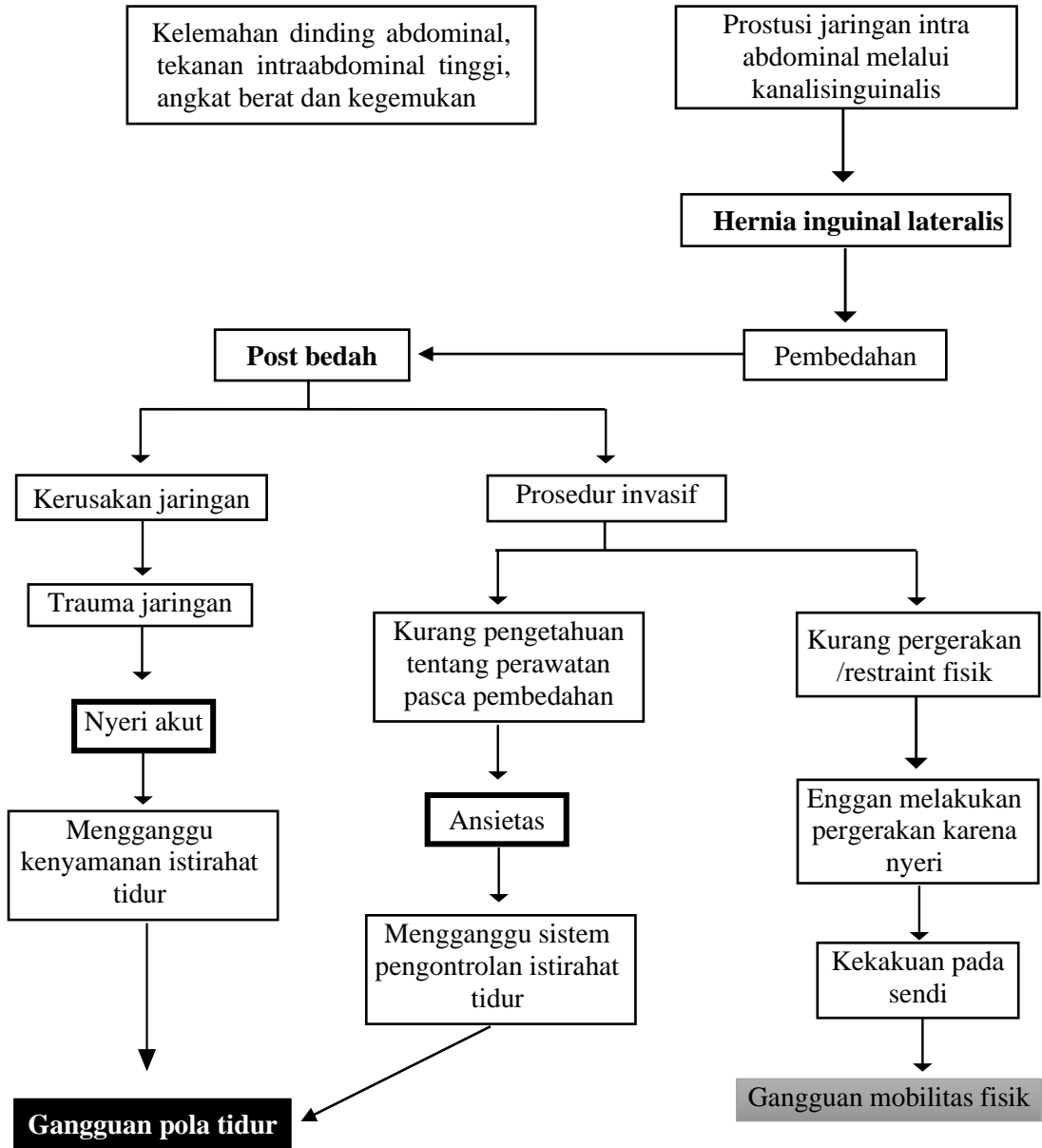
- a. Kelainan kongenital atau kelainan bawaan.
- b. Kelainan didapat, meliputi:
 - 1) Jaringan kelemahan.
 - 2) Luasnya daerah di dalam ligamen inguinal.
 - 3) Trauma.
 - 4) Kegemukan.
 - 5) Melakukan pekerjaan berat.
 - 6) Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar.

c. Patofisiologi

Tonjolan yang semakin besar, lama kelamaan tidak bisa masuk kembali secara spontan maupun dengan berbaring tetapi membutuhkan dorongan dengan jari yang disebut hernia *reponible*. Jika kondisi seperti ini dibiarkan saja maka dapat terjadi perlengketan dan lama kelamaan perlengketan tersebut menyebabkan tonjolan yang tidak dapat dimasukkan kembali dan disebut hernia

irreponable. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Dari pembedahan tersebut terdapat luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan nyeri yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mempengaruhi istirahat tidur, mengurangi pergerakan dan resiko infeksi (Nuruzzaman, 2019).

d. WOC



(Sumber : Asmara, 2016 dan SDKI Edisi 1, 2016)

Ket :

- : Masalah keperawatan yang diambil pertama
- : Masalah keperawatan yang diambil kedua

e. Klasifikasi

Hernia dapat diklasifikasikan berdasarkan letaknya, terjadinya, dan sifatnya. Berikut klasifikasi yang dimaksudkan :

a. Klasifikasi hernia berdasarkan letaknya

- 1) Hernia Femoralis Pintu masuk hernia femoralis adalah anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis.
- 2) Hernia Umbilikalisis merupakan hernia kongenital pada umbilikus yang hanya tertutup peritoneum dan kulit akibat penutupan yang inkomplet dan tidak adanya fascia umbilikalisis.
- 3) Hernia Paraumbilikus merupakan hernia melalui suatu celah di garis tengah di tepi kranial umbilikus, jarang terjadi di tepi kaudalnya. Penutupan secara spontan jarang terjadi sehingga umumnya diperlukan tindakan operasi untuk dikoreksi.
- 4) Hernia Epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan prosessus xifoideus.
- 5) Hernia Ventralis adalah nama umum untuk semua hernia di dinding perut bagian anterolateral; nama lainnya adalah hernia insisional dan hernia sikatriks.
- 6) Hernia Lumbalis Di daerah lumbal antara iga XII dan krista iliaka, ada dua trigonum masing-masing trigonum kostolumbalis superior (ruang Grijinfelt/lesshaft) berbentuk segitiga terbalik dan trigonum kostolumbalis inferior atau trigonum iliolumbalis berbentuk segitiga.
- 7) Hernia Littre yang sangat jarang dijumpai ini merupakan

hernia berisi divertikulum Meckle. Sampai dikenalnya divertikulum Meckle, hernia litre dianggap sebagai hernia sebagian dinding usus.

- 8) Hernia Spieghele adalah hernia venteralis dapatan yang menonjol di linea semilunaris dengan atau tanpa isinya melalui fascia spieghele.
 - 9) Hernia Obturatoria adalah hernia melalui foramen obturatorium.
 - 10) Hernia Perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fascia, lewat defek dasar panggul yang dapat terjadisecara primer pada perempuan multipara atau sekunder pascaoperasi pada perineum, seperti prostatektomi, reseksi rektumsecara abdominoperineal, dan eksenterasi pelvis. Hernia keluar melalui dasar panggul yang terdiri atas otot levator anus dan otot sakrokoksigeus beserta fasianya dan dapat terjadi pada semua daerah dasar panggul.
 - 11) Hernia Pantalon merupakan kombinasi hernia inguinalis lateralis dan medialis pada satu sisi.
 - 12) Hernia Inguinalis sebagian usus keluar dari rongga perut melalui dinding bawah perut ke arah sekitar kelamin. Hal ini membuat munculnya benjolan pada kantung buah zakar (skrotum) yang dapat terasa sakit atau panas.
- b. Klasifikasi hernia berdasarkan terjadinya
- 1) Hernia bawaan atau kongenital.
 - 2) Hernia dapatan atau akuisita (acquisitus = didapat) adalah hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.

c. Klasifikasi hernia berdasarkan sifatnya

- 1) Hernia reponibel apabila isi hernia dapat keluar-masuk. Usus keluar ketika berdiri atau mengejan, dan masuk lagi ketika berbaring atau bila didorong masuk ke dalam perut. Selama hernia masih reponibel, tidak ada keluhan nyeri atau obstruksi usus.
- 2) Hernia irreponibel apabila isi hernia tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Biasanya disebabkan oleh pelekatan isi kantong kepada peritoneum kantong hernia.
- 3) Hernia Inkaserata atau Hernia strangulate apabila isi hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut. Akibatnya terjadi gangguan pasase atau vaskularisasi. Hernia inkaserata lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel yang di sertai gangguan pasase, sedangkan hernia strangulata digunakan untuk menyebut hernia ireponibel yang disertai gangguan vaskularisasi.
- 4) Hernia Richter apabila strangulasi hanya menjepit sebagian dinding usus. Komplikasi dari hernia richter adalah strangulasi sampai terjadi perforasi usus.
- 5) Hernia Interparietalis yang kantongnya menyorok ke dalam celah antara lapisan dinding perut.
- 6) Hernia Eksterna apabila hernia menonjol keluar melalui dinding perut, pinggang atau perineum.
- 7) Hernia Interna apabila tonjolan usus tanpa kantong hernia melalui suatu lubang dalam rongga perut, seperti foramen winslow, resesusretrosekalis atau defek dapatan pada mesenterium setelah operasi anastomosis usus.
- 8) Hernia Insipiens yang membalut merupakan hernia indirect pada kanalis inguinalis yang ujungnya tidak

keluar dari anulus eksternus.

- 9) Hernia Sliding yang isi kantongnya berasal dari organ yangletaknya ekstrapéritoneal.
- 10) Hernia Bilateral Defek terjadi pada dua sisi.

f. Manifestasi Klinis

Menurut Nuruzzaman (2019), tanda dan gejala dari hernia, antara lain:

- a. Berupa benjolan keluar masuk atau keras dan yang tersering tampakbenjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertaiperasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambahhebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

g. Komplikasi

Menurut Nuruzzaman (2019) komplikasi yang muncul pada pasien hernia adalah sebagai berikut :

- a. Infeksi
- b. Obstruksi
- c. Nekrosis usus
- d. Peritonitis
- e. Sepsis

h. Pemeriksaan penunjang

Menurut Nuruzzaman (2019) pemeriksaan penunjang untuk pasien hernia ada dua yaitu :

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

i. Penatalaksanaan

a. Konservatif

Tindakan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi, namun hernia dapat kambuh kembali. Penanganan konservatif terdiri dari :

1) Reposisi

Reposisi adalah tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonii atau abdomen. Reposisi hanya dilakukan pada pasien hernia reponibilis dengan memakai dua tangan, sedangkan pada pasien hernia inguinalis strangulata tidak dapat dilakukan kecuali pada anak-anak.

2) Suntikan

Metode ini dilakukan dengan cara menyuntikkan cairan eklerotik berupa alkohol atau kini di daerah sekitar hernia sehingga pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan yang membuat isi hernia keluar dari cavum peritoni.

3) Sabuk hernia

Sabuk hernia diberikan pada pasien yang mengalami hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

b. Operasi

Tindakan operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada hernia reponibilis, hernia irreponibilis, hernia strangulasi, hernia inkarserata. Operasi hernia terbagi menjadi 3 macam, yaitu :

1) *Herniotomy*

Membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke kavum abdominalis

2) *Hernioraphy*

Mulai dari mengangkat leher hernia dan menggantungkannya pada *conjoint* tendon (penebalan antara tepi bebas *musculus obliquus* intra abdominalis dan *musculus transversus abdominalis* yang berinsersio di *tuberculum pubicum*).

3) *Hernioplasty*

Menjahitkan *conjoint* tendon pada ligementum inguinale agar LMR hilang/ tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. *Hernioplasty* pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (*ferguson, bassini, halst, hernioplasty*, pada hernia inguinalis media dan hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc.Vay).

c. Penatalaksanaan pascaoperasi

Penatalaksanaan setelah operasi diantaranya adalah hindari hal-hal yang memicu tekanan di rongga perut, tindakan operasi dan pemberian analgesik pada hernia yang menyebabkan nyeri, berikan obat sesuai resep dokter, hindari mengejan, mendorong atau

mengangkat benda berat. Jaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, mengganti balutan steril setiap hari pada hari ketiga setelah operasi kalau perlu. Konsumsi diet tinggi serat dan masukan cairan yang adekuat (Nuruzzaman, 2019).

B. Konsep Dasar Pasca *Herniotomy*

1. Pengertian Pasca *Herniotomy*

Pasca *herniotomy* merupakan tahapan setelah pembedan hernia (*herniotomi*) dilakukan. Dalam Perry dan Potter (2010) dipaparkan 12 bahwa tindakan pasca operatif dalam 2 tahap yaitu periode pemulihan segera dan pemulihan berkelanjutan setelah pasca operatif. Proses pemulihan tersebut membutuhkan perawatan pasca *herniatomy*. Perawatan pasca *herniatomi* adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada klien yang telah menjalani operasi hernia.

2. Tujuan Perawatan Pasca *Herniotomy*

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- b. Mempercepat penyembuhan
- c. Mempertahankan konsep diri klien
- d. Mempersiapkan klien pulang

3. Indikasi *Herniotomy*

- a. *Hernia reponibilis*
- b. *Hernia irreponibilis*
- c. *Hernia strangulasi*
- d. *Hernia incarserata*

4. Komplikasi *Herniotomy*

- a. Infeksi luka pasca operasi
- b. Terbentuknya bekuan darah atau emboli yang dapat mengalir ke paru-paru melalui pembuluh darah
- c. Gangguan fungsi ginjal
- d. Gangguan saraf neuralgia yang menimbulkan nyeri atau

- kesemutan di perut, kaki, atau pangkal paha
- e. Hernia kambuh kembali
 - f. Terbentuknya seroma (penumpukan cairan) atau hematoma (penumpukan darah) di sekitar area yang di sekitar area yang dioperasi
 - g. Nyeri berkepanjangan setelah operasi, namun jarang terjadi
5. Masalah keperawatan yang timbul pasca *herniotomy*
- a. Gangguan pola tidur
 - b. Gangguan mobilitas fisik
 - c. Nyeri akut
 - d. Ansietas
 - e. Defisit pengetahuan
 - f. Risiko infeksi
 - g. Defisit perawatan diri

C. Konsep Dasar Kebutuhan Istrahat Tidur

1. Pengertian Istrahat Tidur
 - a. Istrahat

Kata “istirahat” mempunyai arti yang sangat luas meliputi bersantai menyegarkan diri, diam menganggur setelah melakukan aktivitas serta melepaskan diri dari apa pun yang membosankan, menyulitkan, atau menjengkelkan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa istirahat merupakan keadaan yang tenang rileks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari kecemasan (ansietas). Seseorang dapat benar-benar istirahat bila:

- 1) Merasa segala sesuatu dapat diatasi dan dibawah kontrolnya;
- 2) Merasa diterima eksistensinya baik di tempat tinggal, kantor, atau di mana pun juga termasuk ide-idenya diterima oleh orang lain;

- 3) Mengetahui apa yang terjadi;
- 4) Bebas dari gangguan dan ketidaknyamanan;
- 5) Memiliki kepuasan terhadap aktivitas yang dilakukannya;
- 6) Mengetahui adanya bantuan sewaktu-waktu bila memerlukannya (Lukman, 2017).

b. Tidur

Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar di mana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang, dan dapat dibangunkan kembali dengan indra atau rangsangan yang cukup. Tujuan seseorang tidur tidak jelas diketahui, namun diyakini tidur diperlukan untuk menjaga keseimbangan mental emosional, fisiologis, dan kesehatan. Tidur tidak dapat diartikan sebagai manifestasi deaktivasi sistem saraf pusat. Sebab pada orang yang tidur, sistem saraf pusatnya tetap aktif alam sinkronisasi terhadap neuron substansia retikularis dari batang otak. Ini dapat diketahui melalui pemeriksaan *electroencephalogram* (EEG). Alat tersebut dapat memperlihatkan fluktuasi energi (gelombang otak) pada kurva grafik (Lukman, 2017).

Sesorang dapat dikategorikan sedang tidur apabila terdapat tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Aktivitas fisik minimal
- 2) Tingkat kesadaran yang bervariasi
- 3) Terjadi perubahan proses fisiologis tubuh
- 4) Penurunan respon terhadap rangsangan dari luar.

2. Jenis dan Tahapan tidur

a. Tidur REM

Tidur REM merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial. Hal tersebut berarti tidur REM ini sifatnya nyenyak sekali, namun fisiknya yaitu gerakan kedua bola

matanya bersifat sangat aktif. Tidur REM ditandai dengan mimpi, otot-otot kendur, tekanan darah bertambah, gerakan mata cepat (mata cenderung bergerak bolak-balik), sekresi lambung meningkat, ereksi penis pada laki-laki, gerakan otot tidak teratur, kecepatan jantung, dan pernapasan tidak teratur sering lebih cepat, serta suhu dan metabolisme meningkat. Apabila seseorang mengalami kehilangan tidur REM, maka akan menunjukkan gejala-gejala :

- 1) Cenderung hiperaktif;
- 2) Kurang dapat mengendalikan diri dan emosi (labil);
- 3) Nafsu makan bertambah;
- 4) Bingung dan curiga

b. Tidur NREM

Tidur NREM merupakan tidur yang nyaman dan dalam. Pada tidur NREM gelombang otak lebih lambat dibandingkan pada orang yang sadar atau tidak tidur. Tanda-tanda tidur NREM antara lain: mimpi berkurang, keadaan istirahat, tekanan darah turun, pernapasan dan metabolisme menurun, dan gerakan bola mata lambat. Tidur NREM memiliki empat tahap yang masing-masing tahap ditandai dengan pola perubahan aktivitas gelombang otak. Keempat tahap tersebut yaitu :

- 1) Tahap I ; tahap transisi di mana seseorang beralih dari sadar menjadi tidur. Seseorang yang tidur pada tahap I ini dapat dibangunkan dengan mudah.
- 2) Tahap II ; tahap tidur ringan dan proses tubuh terus menurun. Pada tahap ini berlangsung sekitar 10-15 menit.
- 3) Tahap III ; keadaan fisik lemah lunglai karena tonus otot lenyap secara menyeluruh. Seseorang yang tidur pada tahap II ini sulit untuk dibangunkan.

- 4) Tahap IV ; tahap tidur dimana seseorang berada dalam keadaan rileks, jarang bergerak karena keadaan fisik yang sudah lemah lunglai, dan sulit dibangunkan. Pada tahap ini dapat terjadi miopi. Selain itu, pada tahap ini dapat memulihkan keadaan tubuh.

3. Fungsi Tidur

Tidur dapat berfungsi untuk memperbaiki kembali organ-organ tubuh. Kegiatan memperbaiki kembali tersebut berbeda saat *Rapid Eye Movement* (REM) dan *Nonrapid Eye Movement* (NREM). *Nonrapid Eye Movement* akan mempengaruhi proses anabolik dan sintesis makromolekul *ribonukleic acid* (RNA). *Rapid Eye Movement* akan mempengaruhi pembentukan hubungan baru pada korteks dan sistem neuroendokrin yang menuju otak. Selain fungsi di atas tidur, dapat juga digunakan sebagai tanda terdapatnya kelainan pada tubuh yaitu terdapatnya gangguan tidur yang menjadi peringatan dini keadaan patologis di tubuh (Pitria, 2020).

4. Pola Tidur Normal

Menurut Lukman (2017), pola tidur normal berdasarkan usia sebagai berikut :

- a. Bayi Baru Lahir ; Tidur selama 14-18 jam sehari, pernapasan teratur, gerak tubuh sedikit, 50% tidur NREM, banyak waktu tidurnya dilewatkan pada tahap II dan IV tidur NREM. Setiap siklus sekitar 45-50 menit.
- b. Bayi ; Tidur selama 12-14 jam sehari, 20-30% tidur REM, tidur lebih lama pada malam hari dan punya pola terbangun sebentar. Toddler Tidur sekitar 10-12 jam sehari, 25 % tidur REM, banyak tidur pada malam hari, terbangun dini hari berkurang, siklus bangun tidur normal sudah menetap pada umur 2-3 tahun.
- c. Pra sekolah ; Tidur sekitar 11 jam/hari, 20% tidur REM, periode terbangun kedua hilang pada umur 3 tahun. Pada

umur 5 tahun, tidur siang tidak ada kecuali kebiasaan tidur sore hari.

- d. Usia Sekolah ; Tidur sekitar 10 jam perhari, 18,5% 28 tidur REM. Sisa waktu tidur relative konstan.
- e. Remaja Tidur ; sekitar 8, 5 jam sehari, dari 20 % tidur REM.
- f. Dewasa Muda ; Tidur sekitar 7-9 jam sehari, 20-25% tidur REM, 5- 10% tidur tahap I, 50% tidur tahap II, dan 10-20% tidur tahap III-IV.
- g. Dewasa Pertengahan ; Tidur sekitar 7 jam sehari, 20% tidur REM, mungkin mengalami insomnia dan sulit untuk dapat tidur.
- h. Dewasa Tua ; Tidur sekitar 6 jam sehari, 20-25% tidur REM, tidur tahap IV nyata berkurang kadang-kadang tidak ada. Mungkin mengalami insomnia dan sering terbangun sewaktu tidur malam hari.

5. Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

a. Penyebab Gangguan Pola Tidur

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yang dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan pola tidur yaitu:

- 1) Hambatan lingkungan yang terdiri dari:
 - a) Kelembaban lingkungan sekitar
 - b) Suhu lingkungan
 - c) Pencahayaan
 - d) Kebisingan
 - e) Bau yang tidak sedap
 - f) Jadwal pemantauan atau pemeriksaan atau tindakan

- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi
- 4) Restraint fisik
- 5) Ketiadaan teman tidur
- 6) Tidak familiar dengan peralatan tidur

b. Tanda dan Gejala Gangguan Pola Tidur

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) seseorang yang mengalami gangguan pola tidur biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Secara subjektif
 - Pasien mengeluh sulit tidur,
 - Mengeluh sering terjaga,
 - Mengeluh tidak puas tidur,
 - Mengeluh pola tidur berubah,
 - Mengeluh istirahat tidak cukup.
 - b) Secara objektif
 - Tidak tersedia gejala mayor dari gangguan pola tidur.
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Secara subjektif
 - Pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 - b) Secara objektif
 - Adanya kehitaman di daerah sekitar mata
 - Konjungtiva pasien tampak merah
 - Wajah pasien tampak mengantuk

c. Faktor yang Mempengaruhi Kuantitas dan Kualitas Tidur

Kualitas dan kuantitas tidur dapat memengaruhi beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya

kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya.

Berikut ini merupakan faktor yang dapat memengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur seseorang, antara lain:

1) Status kesehatan atau penyakit

Seseorang yang kondisi tubuhnya sehat memungkinkan untuk dapat tidur dengan nyenyak. Sakit dapat memengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit yang dapat memperbesar kebutuhan tidur, seperti penyakit yang disebabkan oleh infeksi.

2) Latihan dan kelelahan

Kelelahan akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Hal tersebut terlihat pada seseorang yang telah melakukan aktivitas dan mencapai kelelahan. Dengan demikian, orang tersebut akan lebih cepat untuk dapat tidur karena tahap tidur gelombang lambat (NREM) diperpendek.

3) Lingkungan

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat proses terjadinya tidur. Sebaliknya, lingkungan yang tidak aman dan nyaman bagi seseorang dapat menyebabkan hilangnya ketenangan sehingga memengaruhi proses tidur.

4) Stress emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinefrin darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya

siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

5) Obat atau medikasi

Obat – obatan yang dapat menimbulkan gangguan tidur sebagai berikut :

- a) Diuretik yang dapat menyebabkan insomnia
- b) Anti depresan yang dapat menyebabkan supresi pada tidur REM
- c) Kafein yang digunakan untuk meningkatkan saraf simpatis yang dapat menyebabkan seseorang mengalami kesulitan untuk tidur.
- d) Beta bloker dapat menimbulkan insomnia
- e) Narkotika dapat menyupresi REM sehingga mudah mengantuk
- f) Amfetamin dapat menurunkan tidur REM
- g) Nutrisi

6) Motivasi

Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur, sehingga dapat memengaruhi proses tidur. Selain itu, adanya keinginan untuk tidur dapat menimbulkan gangguan proses tidur.

7) Gaya hidup

Kelelahan dapat memengaruhi pola tidur seseorang. Kelelahan tingkat menengah orang dapat tidur nyenyak. Sementara pada kelelahan yang berlebihan akan menyebabkan periode tidur REM lebih pendek.

8) Stimulan dan alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sementara mengonsumsi

alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM.

9) Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya yaitu perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari (Pitria, 2020).

d. Hubungan Prosedur Pembedahan Terhadap Pola Tidur

Tindakan operasi atau pembedahan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien. Berbagai kemungkinan buruk bisa saja terjadi yang akan membahayakan bagi pasien. Pasien yang telah menjalani tindakan pembedahan, sering terjadi gangguan tidur. Pasien sering terbangun selama malam pertama setelah pembedahan akibat berkurangnya pengaruh anastesi (Lukman, 2017).

Gangguan pola tidur pada pasien pasca operasi umumnya disebabkan oleh dua hal yaitu; ketidaknyamanan fisik nyeri dan kecemasan terhadap perkembangan kesehatan setelah operasi. Gangguan tidur merupakan tanda adanya gangguan fisik dan psikologi klien, dan jika berlangsung terus selama periode yang lama, akan menghambat penyembuhan dan bahkan dapat memperburuk penyakit. Tanpa jumlah istirahat dan tidur yang cukup, kemampuan untuk berkonsentrasi membuat dan meningkatkan iritabilitas. Gangguan tidur pada pasien pasca operasi dapat menyebabkan trauma pada tubuh dengan mengganggu mekanisme protektif dan homeostatis (Potter & Perry, 2009).

D. Konsep Dasar Mobilitas Fisik

a. Pengertian

Mobilisasi atau mobilitas merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan mudah untuk memenuhi kebutuhan aktivitas secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain guna mempertahankan kesehatannya (Mussardo, 2019).

b. Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI,2016). Gangguan mobilitas fisik atau imobilisasi merupakan keterbatasan tubuh baik satu maupun lebih dari ekstremitas secara mandiri dan terarah (Keifer GEffenberger, 2019).

a. Penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yang dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu:

- 1) Nyeri
- 2) Kecemasan
- 3) Keengganan melakukan pergerakan
- 4) Kerusakan integritas struktur tulang
- 5) Perubahan metabolisme
- 6) Ketidakbugaran fisik
- 7) Penurunan kendali otot
- 8) Penurunan masa otot
- 9) Penurunan kekuatan otot
- 10) Keterlambatan perkembangan
- 11) Kekakuan sendi
- 12) Kontraktur
- 13) Malnutrisi
- 14) Gangguan musuloskeletal
- 15) Gangguan neuromuskular

- 16) IMT diatas persentill ke 75- sesuai usia
 - 17) Program pembatasan gerak
 - 18) Gangguan kognitif
 - 19) Gangguan presepsi sensori
 - 20) Efek agen farmakologis (misalnya anastesi)
 - 21) Kurang terpaparnya infomasi tentang aktivitas fisik
- b. Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik
- Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) seseorang yang mengalami gangguan mobilitas fisik biasanya menunjukkan gejala dan tanda mayor maupun minor seperti berikut :
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Secara subjektif
 - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b) Secara objektif
 - Kekuatan otot menurun.
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Secara subjektif
 - Mengeluh nyeri saat bergerak
 - Enggan melakukan pergerakan
 - Merasa cemas saat bergerak
 - b) Secara objektif
 - Sendi kaku
 - Gerakan tidak terkoordinasi
 - Gerakan terbatas
 - Fisik lemah

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

2) Keluhan Utama MRS

Pada umumnya keluhan utama masuk rumah sakit adalah adanya benjolan pada lipatan paha dan scrotum, anoreksia, mual, muntah, distensi abdomen, tidak ada peristaltik usus, dehidrasi, bahkan jika usus mengalami iskemik atau *gangrene* akan mengakibatkan syok, dan demam. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa di tentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena.

3) Keluhan Utama Saat Dikaji

Pada umumnya keluhan utama saat dikaji pada kasus pasca *herniotomy* hari pertama adalah gangguan pola tidur ditandai dengan adanya kesulitan tidur, sering terbangun saat malam, sering terjaga, tidak dapat tidur dengan puas atau nyenyak, gelisah dikarenakan ketidaknyamanan rasa nyeri luka pascaoperasi yang muncul yang mengakibatkan pasien cemas dan enggan melakukan pergerakan.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Pada pasien pascaoperasi hernia juga akan mengalami

gangguan pola tidur dikarenakan klien merasakan nyeri dimana nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan, serta riwayat operasi sebelumnya pada daerah abdomen atau operasi hernia yang pernah dialami klien sebelumnya.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

5) Pola Aktivitas Sehari-hari.

a) Pola nutrisi

Pada pasien pascoperasi muncul gejala anoreksia, mual/muntah, flatus dan sendawa.

b) Pola eliminasi

Pasien pascaoperasi dapat mengalami konstipasi sebagai efek dari puasanya. Tidak terjadi perubahan warna urine dan feses pada klien.

c) Pola istirahat tidur

Pada pasien pascaoperasi pola istirahat tidur dapat terganggu yang disebabkan oleh adanya rasa nyeri luka operasi, kecemasan ataupun tidak nyaman akibat proses pembedahan yang menyebabkan pasien gelisah, sulit tidur, sering terjaga, dan sering

terbangun saat tidur malam, selain itu adanya ketidaknyamanan dengan lingkungan rumah sakit dikarenakan suasana yang bising dan ramai dengan pengunjung baik dari kerabat pasien maupun kerabat pasien lain dalam ruangan yang sama sehingga pola tidur pasien berubah dan mengakibatkan waktu istirahat pasien tidak terpenuhi dengan maksimal.

d) Pola personal hygiene

Pada pasien pascaoperasi dalam memenuhi perawatan dirinya memerlukan bantuan.

e) Pola aktivitas fisik

Klien dengan pascaoperasi aktivitas fisik dapat terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka pascaoperasi serta adanya kecemasan dan enggan melakukan pergerakan sehingga klien mengalami gangguan dalam melakukan aktivitas atau mobilitas.

Table 2.1 kategori tingkat kemampuan aktivitas

Tingkat aktivitas/mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan orang lain dan pengawasan
Tingkat 3	Memerlukan bantuan orang lain dan pengawasan serta peralatan
Tingkat 4	Tidak dapat melakukan aktivitas dan sangat bergantung

6) Pengkajian khusus kebutuhan istirahat tidur

Pengkajian istirahat dan tidur meliputi kuantitas (lama tidur), kualitas tidur siang maupun malam hari, aktivitas, rekreasi yang dilakukan sebelumnya, kebiasaan sebelum atau pada saat tidur, lingkungan tidur, dengan siapa

klien tidur, obat yang dikonsumsi sebelum tidur, asupan (makan dan minum) sebelum tidur, ditanyakan juga tentang kesulitan tidur, dan perubahan pola tidur yang dialami klien (Handayani, 2020).

7) Pengkajian khusus kekuatan otot

Cara mengukur kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik adalah menggunakan Manual Muscle Testing (MMT). Manual Muscle Testing (MMT) adalah suatu cara pemeriksaan untuk mengetahui kekuatan otot atau kemampuan mengontraksikan otot secara volunteer. Penilaian yang digunakan untuk mengukur Manual Muscle Testing (MMT) adalah sebagai berikut

- a) Grade 5 (normal) : Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan maksimal.
- b) Grade 4 (good) : Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan yang ringan sampai sedang.
- c) Grade 3 (fair) : Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan yang ringan sekalipun.
- d) Grade 2 (poor) : Kemampuan otot bergerak melalui lingkup gerak sendi penuh namun tidak dapat melawan gravitasi, atau hanya dapat bergerak dalam bidang horizontal.
- e) Grade 1 (trace) : otot tidak mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi penuh dalam bidang horizontal, hanya tampak gerakan otot minimal atau teraba kontraksi oleh pemeriksa (Abdurachman, 2016).

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan pasien pasca *herniotomy* biasanya mengalami kelemahan serta tingkat kesadaran composmentis. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami obstruksi atau perforasi.

2) Tanda Vital

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital pasca *herniotomy* berada kondisi optimal, tekanan darah mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Nadi mengalami takikardi, frekuensi respirasi meningkat dan suhu tubuh klien akan naik $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$.

3) Pemeriksaan Fisik Berkaitan dengan Masalah Istirahat Tidur

Obsevasi keadaan umum klien, area wajah, dan perilaku klien. Klien kurang istirahat dan tidur memiliki gejala klinis berupa kehitaman didaerah sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, klien mengeluh mata perih, dan sakit kepala. Perilaku klien menunjukkan kelelahan, klien tampak tidak fokus, bicara lambat, tremor, dan bingung.

4) Pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan penunjang :

a) Hitungan darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit, peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan elektrolit pada hernia.

b) Sinar X abdomen dapat menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus atau obstruksi usus.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin timbul pada pasien pasca *herniotomy* adalah sebagai berikut :

- a. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan kecemasan.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi.
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Pada Karya Tulis Ilmiah ini, peneliti berfokus pada diagnosa keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur yaitu :

- 1) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
 - a) Data mayor
 - Subjektif
 - Pasien mengeluh sulit tidur,
 - Mengeluh sering terjaga,
 - Mengeluh tidak puas tidur,
 - Mengeluh pola tidur berubah,
 - Mengeluh istirahat tidak cukup.
 - Objektif
 - Tidak tersedia gejala mayor dari gangguan pola tidur.
 - b) Data minor
 - Subjektif
 - Pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 - Objektif
 - Adanya kehitaman di daerah sekitar mata

- Konjungtiva pasien tampak merah
 - Wajah pasien tampak mengantuk
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan
- a) Data mayor
 - Subjektif
 - Mengeluh mengeluh sulit menggerak ekstremitas
 - Objektif
 - Kekuatan otot menurun
 - Rentang gerak (ROM) menurun
 - b. Data minor
 - Subjektif
 - Merasa cemas saat bergerak
 - Objektif
 - Sendi pasien kaku
 - Gerakan tidak terkoordinasi
 - Gerakan pasien terbatas
 - Fisik pasien tampak lemah
3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dengan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada, intervensi keperawatan yang dapat dilakukan terdapat pada tabel berikut:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sulit tidur, - Mengeluh sering terjaga, - Mengeluh tidak puas tidur, - Mengeluh pola tidur berubah, - Mengeluh istirahat tidak cukup. - Pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya kehitaman di daerah sekitar mata - Konjungtiva pasien tampak merah - Wajah pasien tampak mengantuk 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan .</p> <p>SLKI : Pola Tidur</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur 2. Keluhan sering terjaga 3. Keluhan tidak puas tidur 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup 	<p>SIKI : Dukungan tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (missal kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang di konsumsi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (misal pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur klien 2. Agar mengetahui faktor pengganggu tidur klien 3. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang mengganggu tidur yang dikonsumsi oleh klien 4. Agar mengetahui obat tidur yang dikonsumsi klien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan gangguan pola tidur 2. Agar tidak ada gangguan pola tidur pada malam hari 3. Menurunkan gangguan pola

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal pijit, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal 	<p>tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Agar memiliki jam tidur yang tetap 5. Menurunkan gangguan pola tidur 6. Agar siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar klien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Memberikan penjelasan agar klien menepati kebiasaan waktu tidur 3. Memberikan penjelasan agar klien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Memberikan penjelasan agar klien menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor 5. Agar klien mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap
--	--	--	--	---

		<p>psikologis, gaya, hidup, sering berubah shift bekerja)</p> <p>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</p> <p>SLKI : Status kenyamanan Ekspektasi : Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman 2. Gelisah 	<p>gangguan pola tidur</p> <p>6. Agar klien mengetahui cara menurunkan gangguan pola tidur</p> <p>SIKI : Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kognitif 2. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan serta suhu 	<p>gangguan pola tidur</p> <p>6. Agar klien mengetahui cara menurunkan gangguan pola tidur</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kognitif 2. Agar mengetahui kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 3. Agar mengetahui ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4. Untuk melihat respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan
--	--	--	--	--

			<p>ruangan nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetic atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 	<p>pencahayaannya serta suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Agar pasien dapat mengetahui tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Agar dapat melakukan teknik relaksasi dengan nyaman 4. Untuk menjadi strategi penunjang dengan analgetic atau tindakan medis lain pada pasien, jika sesuai <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Agar pasien mengetahui secara rinci intervensi yang dipilih 3. Agar pasien lebih nyaman saat melakukan tindakan terapi relaksasi 4. Agar pasien rileks dan merasakan sensasi relaksasi
--	--	--	--	--

			<p>5. Anjurkan mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p> <p>SIKI : Pengaturan posisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terpeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada posisi terapeutik 2. Atur posisi yang disukai, jika tidak kontraindikasi 3. Atur posisi untuk mengurangi sesak 4. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 5. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 6. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 	<p>5. Agar pasien dapat mengingat dan memahami terapi relaksasi yang dipilih</p> <p>6. Agar pasien dapat mengetahui teknik relaksasi (mis. napas dalam, atau imajinasi terbimbing)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Agar alat traksi selalu tepat <p>Terpeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar posisi pasien nyaman 2. Agar pasien nyaman, jika tidak kontraindikasi 3. Untuk mengurangi sesak pasien 4. Agar kesejajaran tubuh pasien tepat 5. Untuk mengurangi sakit pada bagian tubuh pasien 6. Agar pasien lebih nyaman
--	--	--	---	---

			<p>7. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif</p> <p>8. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan</p> <p>9. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>10. Hindari menempatkan posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>11. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>12. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>13. Pertahankan posisi dan integritas posisi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p>	<p>7. Agar pasien melakukan rom aktif atau pasif</p> <p>8. Untuk memudahkan dalam perubahan posisi sesuai kebutuhan</p> <p>9. Untuk menghindari meningkatnya nyeri pasien</p> <p>10. Agar menghindari timbulnya ketegangan pada luka</p> <p>11. Agar mengurangi gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>12. Untuk menghindari kekakuan pada pasien</p> <p>13. Untuk mempertahankan posisi dan integritas posisi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Agar pasien mengetahui saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>2. Agar pasien dapat melakukan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p>
--	--	--	--	--

			Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu	Kolaborasi : 1. Agar pasien mendapatkan premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan DS : - Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak - Pasien mengatakan enggan bergerak - Pasien mengatakan cemas saat bergerak DO : - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun - Sendi pasien kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan pasien terbatas - Fisik pasien tampak lemah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan pasien mampu menunjukkan SLKI : Mobilitas Fisik Ekspektasi : Meningkat 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun Dengan Kriteria Hasil : 1. Nyeri 2. Kecemasan 3. Kaku sendi 4. Gerakan tidak terkoordinasi 5. Gerakan terbatas 6. Kelemahan fisik	SIKI : Dukungan Mobilisasi Observasi : 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Observasi 1. Mengetahui adanya nyeri dan keluhan fisik pasien 2. Mengetahui toleransi fisik untuk memebrikan asuhan yang tepat pada pasien 3. Mengetahui kondisi pasien sesudah dan sebelum melakukan mobilisasi 4. Mengetahui kondisi umum pasien selama mobilisasi Terapeutik : 5. Memberikan fasilitas pagar tempat tidur untuk alat bantu pasien 6. Memberikan fasilitas jika pasien melakukan pergerakan 7. Memberikan bantuan kepada pasien yang kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari

		<p>SLKI : Pergerakan Sendi Ekspektasi : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jari (kanan) 2. Jari (kiri) 3. Pergelangan tangan (kanan) 4. Pergelangan tangan (kanan) 5. Siku (kanan) 6. Siku (kiri) 7. Pergelangan kaki (kanan) 	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan <p>SIKI : Teknik latihan penguatan sendi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 4. Beri posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 5. Fasilitasi menyusun jadwal latihan 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pasien dapat memahami dan mengerti apa tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Memandirikan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari 10. Meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Agar lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas terpantau <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengendalikan nyeri 4. Agar posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 5. Agar latihan dapat dilakukan sesuai jadwal
--	--	---	--	--

		<p>8. Pergelangan kaki (kiri) 9. Lutut (kanan) 10. Lutut (kiri) 11. Panggul</p>	<p>6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, mobilitas gerak</p> <p>7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>Edukasi :</p> <p>8. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>9. Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai) atau dikursi, sesuai toleransi</p> <p>10. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p> <p>11. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh selum memulai gerakan</p> <p>12. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>13. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>	<p>6. Agar gerak sendi pasien teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, mobilitas gerak</p> <p>7. Agar pasien dapat lebih semangat untuk melakukan latihan bersama</p> <p>Edukasi :</p> <p>8. Agar pasien/keluarga mengetahui tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>9. Pasien duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjantai) atau dikursi, sesuai toleransi</p> <p>10. Pasien dapat melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p> <p>11. Agar pasien dapat memvisualisasikan gerak tubuh selum memulai gerakan</p> <p>12. Agar pasien dapat ambulasi, sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>13. Agar pasien mendapatkan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
--	--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaannya juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien, selama dan setelah pelaksanaan tindakan serta menilai data baru (Budiono, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan kondisi pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan, serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Budiono, 2016).

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian adalah deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus untuk eksplorasi masalah pada kasus asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu. Jumlah subyek penelitian yaitu 1 orang pasien dengan perawatan selama 3 hari.

Kriteria inklusi dan eksklusi responden penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Bersedia menjadi responden
 - b. Dapat melihat dan mendengar
 - c. Termasuk pasien pasca *herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu
 - d. Kooperatif
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Pasien yang mengalami penyakit kronis lainnya
 - b. Pasien meninggal

C. Batasan Istilah

1. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien pasca *herniotomy* dalam rangka

- memenuhi kebutuhan istirahat tidur meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
2. Pasien pasca *herniotomy* adalah pasien yang dirawat di rumah sakit yang berada pada periode pasca *herniotomy* dan menerima asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 3. Dukungan tidur dalam studi kasus merupakan rangkaian intervensi keperawatan yang bertujuan memperbaiki pola tidur pada pasien pasca *herniotomy*.
 4. Terapi relaksasi dalam studi kasus merupakan rangkaian intervensi keperawatan yang bertujuan meningkatkan status kenyamanan pada pasien pasca *herniotomy*.
 5. Pengaturan posisi dalam studi kasus merupakan rangkaian intervensi keperawatan yang bertujuan meningkatkan status kenyamanan pada pasien pasca *herniotomy*.
 6. Dukungan mobilisasi dalam studi kasus merupakan rangkaian intervensi keperawatan yang bertujuan meningkatkan mobilitas fisik pada pasien pasca *herniotomy*.
 7. Teknik latihan penguatan otot dalam studi kasus merupakan rangkaian intervensi keperawatan yang bertujuan memperbaiki pergerakan sendi pada pasien pasca *herniotomy*.

D. Lokasi dan Waktu penelitian

Studi kasus ini dilakukan di ruang Marwah RSHD Kota Bengkulu. Studi kasus ini dilaksanakan selama 3 hari pada tanggal 06-08 Juli 2022.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan usulan penelitian atau proposal dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teoritis asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu tahun 2022. Setelah proposal ini disetujui oleh dosen

pembimbing maka penelitian dilanjutkan dengan melakukan surat izin penelitian. Selanjutnya penulis akan melakukan pengkajian, menegakan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan dan melaksanakan implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

F. Metode Pengumpulan Data

Studi kasus ini menggunakan sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber data primer didapat langsung dari klien dan keluarga, sedangkan sumber data sekunder didapatkan dari rekam medis klien untuk melihat pengumpulan data riwayat perjalanan penyakit klien. Metode pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah:

1. Wawancara

Wawancara ini digunakan untuk mendapatkan data identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola kesehatan kemandirian dan proteksi. Data hasil wawancara ini dapat bersumber dari klien dan keluarga dengan menggunakan instrument pengkajian keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Alat instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang ada di Prodi DIII Keperawatan Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian baku dari kampus, yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat diruang Marwah selama 3 hari berturut turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis / status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validitas dan

keabsahan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

H. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti serta studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data diinterpretasikan oleh peneliti kemudian dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

I. Etika Studi Kasus

Penulis mempertimbangkan etik dan legal studi kasus untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Menurut Hidayat (2011) etika studi kasus mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

1. Self determinal Responden pada studi kasus ini, diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam studi kasus ini tanpa ada paksaan.
2. Tanpa nama (anonymity) Responden pada studi kasus ini tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, dan hanya memberi inisial sebagai pengganti identitas responden.
3. Kerahasiaan (confidentially) Menjaga semua kerahasiaan semua informasi yang didapatkan dari responden. Semua informasi yang

didapat dari responden hanya diketahui oleh peneliti dan tidak di sebarluaskan ke orang lain. Setelah studi kasus dilakukan, data yang diolah akan di musnahkan demi kerahasiaan responden.

4. Asas kemanfaatan (beneficiency) Dalam studi kasus ini menghindari tindakan yang dapat merugikan responden. Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderitaan bila ada penderitaan pada responden. Bebas eksploitasi bila di dalam pemberian informasi dan pengetahuan tidak berguna, sehingga merugikan responden Resiko yang dimaksudkan adalah peneliti menghindarkan responden dari bahaya dan keuntungan kedepannya.
5. Malaficience Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan atau memberikan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikologis.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy* di RSHD Kota Bengkulu. Pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 06 sampai 08 Juli 2022 mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan hingga implementasi keperawatan selama 3 hari dengan melakukan tindakan dukungan tidur, pengaturan posisi, terapi relaksasi napas dalam, dukungan mobilisasi, teknik latihan penguatan sendi. Pengkajian dilakukan dengan metode anamnesa (wawancara dengan klien langsung), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas pasien

Nama Tn. S, laki-laki, usia 19 tahun, tanggal lahir 09 April 2003 , agama islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan mahasiswa, suku bangsa Rejang, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, status perkawinan belum kawin, alamat jalan Penantian 2 RT 9 RW 5 Pematang Gubernur, diagnosa medis *Hernia Inguinalis Lateral (HIL) Sinistra*, nomor registrasi pasien 10.28.84, ruang rawat inap Marwah.

2) Kronologi Keluhan Utama Pasien Masuk Rumah Sakit

Tn. S mengatakan merasa nyeri pada area selangkangan sebelah kiri ±3 minggu lalu, Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan cenat-cenut dan hilang timbul, pasien mengatakan nyeri memberat saat melakukan aktivitas berat. Pasien mengatakan kemarin saat pasien raba ia merasa ada benjolan di bagian selangkangan kirinya dan di periksakan ke dokter dekat

rumah kemudian dokter mengatakan bahwa benjolan itu adalah hernia dan dokter menganjurkan untuk periksa lebih lanjut ke poli bedah. Pada tanggal 04 Juli 2022 pasien di bawa ke poli bedah RSHD Kota Bengkulu dengan mengeluh nyeri hilang timbul sejak ± 3 minggu lalu, nyeri terasa cenus-cenus, skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan semakin meningkat bila di tekan atau digerakkan. Pasien di nyatakan hernia dengan diagnosa *Hernia Inguinalis Lateral (HIL) Sinistra* oleh dokter dan dianjurkan untuk operasi *herniotomy*, pasien dan keluarga menyetujui untuk dilakukan tindakan operasi. Pada tanggal 05 Juli 2022 pasien masuk ke ruang rawat inap Marwah nomor 306 pukul 14.30 wib. Pasien masuk ruang OK pada tanggal 06 Juli 2022 pukul 08.00 wib. Tindakan operasi *herniotomy* dimulai pada pukul 09.00 wib dengan anastesi GA/umum, operasi berlangsung selama ± 60 menit dan operasi selesai pada pukul 10.00 wib, pasien diobservasi di *recovery room* selama ± 20 menit. Pasien tiba di ruang rawat pada pukul 10.30 wib, pasien terpasang infus asering 500ml dengan 20 tpm dan kateter urin/DC.

3) Keluhan Utama Saat Dikaji

Saat dikaji 4 jam hari pertama pascaoperasi pada pukul 14.05 wib Tn.S mengeluh tidak dapat tidur dengan nyenyak sejak dirawat, pasien mengeluh sulit tidur dan sering terbangun saat tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit serta adanya nyeri yang hilang timbul sehingga pasien gelisah dan sering terjaga yang menyebabkan pola tidurnya berubah. Pasien mengatakan kakinya sudah dapat digerakkan namun masih terasa kaku, dan tidak dapat bergerak bebas.

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Saat dikaji 4 jam hari pertama pascaoperasi pada pukul 14.05 wib, pasien mengeluh tidak dapat tidur dengan nyenyak sejak dirawat dikarenakan cemas akan kondisi kesehatannya ditambah dengan nyeri yang dirasakan, pasien mengatakan ini pertama kalinya ia menjalani operasi, selama dilakukan pengkajian pasien tampak lesu, tidak bersemangat, gelisah. Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya namun masih terasa kaku dan berat, pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri yang membuatnya tidak nyaman, dan tidak dapat bergerak dengan bebas.

b) Riwayat Penyakit Dahulu

Tn.S mengatakan belum pernah memiliki riwayat operasi sebelumnya, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Tn.S mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien ataupun penyakit kronik lainnya seperti hipertensi, diabetes melitus, TB paru, hepatitis, maupun asma.

5) Pola Aktivitas Sehari-hari.

a) Pola nutrisi

Tn.S mengatakan sebelum sakit ia makan 3x sehari sedangkan saat dirumah sakit pasien kurang nafsu makan dikarenakan tidak terbiasa dengan makanan rumah sakit, setelah operasi pasien mengatakan makan hanya setengah porsi dari yang disediakan.

b) Eliminasi

Tn.S mengatakan sebelum sakit pasien bab 2x sehari dan bak lancar jernih, setelah operasi pasien belum bab efek dari puasa dan urine berwarna kuning jernih.

c) Pola istirahat tidur

Tn.S mengatakan sebelum sakit ia tidur malam sekitar pukul 22.00 wib paling lambat 23.00 wib dan bangun sekitar pukul 05.00 wib sampai 06.00 wib. Pasien mengatakan sebelum sakit terbiasa tidur siang meskipun hanya sejam. Sedangkan selama dirawat pasien mengeluh pola tidurnya berubah, pasien mengeluh sulit tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit serta adanya nyeri luka operasi yang hilang timbul sehingga membuat ia sering merasa gelisah dan tidak dapat tidur dengan puas. Selama di rumah sakit pasien mengatakan sering terbangun saat tidur malam dan sering terjaga, pasien mengatakan mulai dapat tertidur saat menjelang pagi. Selama dirawat pasien mengeluh belum pernah tidur siang dikarenakan ramai dengan keluarga yang berkunjung atau keluarga pasien lain yang ramai sehingga tidak dapat istirahat dengan cukup, selama pengkajian pasien tampak sesekali menguap, mata pasien tampak merah, tampak lingkaran hitam di daerah mata pasien, pasien tampak lesu.

d) Pola personal hygiene

Tn.S mengatakan sebelum sakit pasien mandi dan sikat gigi 2x sehari dengan mandiri, namun selama dirawat pasien belum pernah mandi, hanya di lap dengan kain basah dibantu ibunya dan sikat gigi tetap ditempat tidur.

e) Pola aktivitas fisik

Tn.S mengatakan sebelum sakit ia aktif dalam beberapa kegiatan didalam maupun luar rumah, namun selama dirawat pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi dan membuatnya merasa tidak nyaman. Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya namun masih terasa kaku dan berat, pasien mengatakan melakukan pergerakan dibantu oleh keluarga.

6) Pengkajian khusus kebutuhan istirahat tidur

Berdasarkan pengkajian terhadap Tn.S didapatkan hasil istirahat dan tidur dengan kuantitas (lama tidur) pasien berkurang sekitar <5 jam dari biasanya, pasien mengatakan kualitas tidur siang maupun malam hari memburuk karena sulit tidur dan sering terbangun, kebiasaan sebelum pasien selalu membersihkan badan dan gosok gigi, pasien mengatakan biasanya selalu tidur sendiri dengan lingkungan tidur harus tenang, sebelumnya pasien tidak pernah meminum obat sebelum tidur kecuali saat sedang sakit, sebelum tidur pasien selalu minum air putih segelas, namun selama dirawat pasien mengalami kesulitan tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit serta adanya nyeri luka pasca operasi sehingga terjadi perubahan pola tidur.

7) Pengkajian khusus kategori tingkat kemampuan aktivitas

Berdasarkan pengkajian didapatkan hasil tingkat kemampuan aktivitas/mobilitas Tn.S berada ditingkat 2 yaitu memerlukan bantuan orang lain dan pengawasan. Kekuatan otot kaki kiri pasien tampak menurun dengan skala 2 yaitu dapat menggerakkan namun tidak dapat mengangkat kaki kirinya, kekuatan otot kaki kanan pasien tampak menurun dengan skala 3 yaitu dapat mengangkat kaki kanan namun

tidak dapat menahan tekanan ringan, rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat menekuk sendi lutut nya.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Saat pengkajian pasien tampak lemah dan berbaring ditempat tidur dengan kesadaran compos mentis GCS 15 (E4V5M6), pasien tampak gelisah.

2) Tanda Vital

Hasil pengkajian didapatkan tanda vital pasien dengan tekanan darah 134/72 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi pernafasan 22 x/menit, SpO₂ 98%, suhu 37,4°C.

3) Pemeriksaan Fisik Berkaitan dengan Masalah Istirahat Tidur

Berdasarkan pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum pasien lemah, raut wajah tampak lesu, terdapat kehitaman didaerah sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, pasien mengeluh mata perih, dan sakit kepala. Perilaku pasien menunjukkan kelelahan, pasien tampak tidak fokus, bicara lambat, dan sesekali menguap.

4) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	15,7	12-16 g/dL
Leukosit	9.100	5.000-10.000/UI
Trombosit	256.000	150.000-500.000/UI
Hematokrit	45 %	36-46%

5) Penatalaksanaan Medis

Tabel 4.2 Penatalaksanaan Medis

No	Nama Obat	Rute	Dosis	Waktu	Tanggal 16/7/2022
1	IVFD PCT	IV	500 mg	1x24 jam	✓
2	Keterolax	IV	30 mg	2x24 jam	✓
3	Infus Tutosol	IV	20 tpm	8 jam/kolf	✓

2. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pola tidurnya berubah - Pasien mengeluh tidak dapat tidur dengan nyenyak sejak dirawat - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak dapat tidur dengan puas - Pasien mengatakan sering terjaga - Pasien mengatakan tidak dapat istirahat dengan cukup - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur malam - Pasien mengeluh mata perih dan sakit kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lesu - Pasien tampak lemas - Pasien tampak sesekali menguap - Pasien tampak tidak bersemangat - Tampak kehitaman didaerah sekitar mata - Kelopak pasien mata bengkak - Mata pasien tampak merah 	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit menggerakkan kakinya - Pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi - Pasien kakinya masih 	Kecemasan	Gangguan mobilitas fisik

	<p>terasa kaku dan berat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan melakukan pergerakan dibantu oleh keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Sendi pasien tampak kaku - Kekuatan otot kaki kiri pasien tampak menurun dengan skala 2 yaitu dapat menggerakkan namun tidak dapat mengangkat kaki kirinya - Kekuatan otot kaki kanan pasien tampak menurun dengan skala 3 yaitu dapat mengangkat kaki kanan namun tidak dapat menahan tekanan ringan - Gerakan pasien tampak terbatas - Rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat menekuk sendi lututnya 		
--	---	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4 Diagnosa keperawatan

No	Nama Pasien	Diagnosa	Tanggal Ditegakkan	Paraf
1	Tn.S	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pola tidurnya berubah - Pasien mengeluh belum dapat tidur dengan nyenyak sejak dirawat - Pasien mengeluh sulit tidur - Pasien mengeluh tidak dapat tidur dengan puas - Pasien mengatakan sering terjaga - Pasien mengatakan tidak dapat istirahat dengan cukup - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur malam - Pasien mengeluh mata perih dan sakit kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lesu - Pasien pasien tampak lemas - Pasien tampak sesekali menguap - Pasien tampak tidak bersemangat - Tampak kehitaman didaerah sekitar mata - Kelopak pasien mata bengkak - Mata pasien tampak merah 	16 Juli 2022	<i>Dian</i>
2		<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi - Pasien kakinya masih terasa kaku dan berat - Pasien mengatakan melakukan 	16 Juli 2022	<i>Dian</i>

		<p>pergerakan dibantu oleh keluarga</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Kekuatan otot pasien tampak menurun - Kekuatan otot kaki kiri pasien tampak menurun dengan skala 2 yaitu dapat menggerakkan namun tidak dapat mengangkat kaki kirinya - Kekuatan otot kaki kanan pasien tampak menurun dengan skala 3 yaitu dapat mengangkat kaki kanan namun tidak dapat menahan tekanan ringan - Gerakan pasien tampak terbatas - Rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat menekuk sendi lututnya 		
--	--	--	--	--

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur : membaik Dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur 2. Keluhan sering terjaga 3. Keluhan tidak puas tidur 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup - Status Kenyamanan : meningkat Dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman 2. Gelisah 	<p>SIKI : Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/psikologis) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur) 4. Lakukan prosedur pengaturan posisi untuk meningkatkan kenyamanan 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien 2. Mengetahui faktor pengganggu tidur klien <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Meningkatkan kenyamanan lingkungan pasien 4. Meningkatkan kenyamanan posisi tidur pasien 5. Agar siklus tidur terjaga

		<p>3. Kebisingan</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur <p>SIKI : Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan serta suhu ruangan nyaman 7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi nafas dalam 9. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Agar klien mengetahui pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Memberikan penjelasan agar klien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Agar mengetahui ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu pasien <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Agar menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan serta suhu ruangan nyaman 7. Agar pasien dapat mengetahui tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Agar pasien mengetahui tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam 9. Agar pasien dapat memahami dan menerapkan teknik relaksasi
--	--	----------------------	--	---

			<p>dalam</p> <p>SIKI : Pengaturan Posisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Atur posisi yang disukai, jika tidak kontraindikasi 3. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 4. Hindari menempatkan posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 5. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 6. Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Agar pasien nyaman, jika tidak kontraindikasi 3. Agar pasien nyaman 4. Agar menghindari timbulnya ketegangan pada luka 5. Agar mengurangi gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 6. Untuk menghindari kekakuan pada pasien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Agar pasien mengetahui saat akan dilakukan perubahan posisi
--	--	--	---	---

2,	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan</p> <p>- Tingkat Mobilitas Fisik : meningkat Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kecemasan menurun 3. Kaku sendi menurun 4. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun <p>- Pergerakan Sendi : Meningkatkan Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergelangan kaki (kanan) 2. Pergelangan kaki (kiri) 3. Lutut (kanan) 4. Lutut (kiri) 	<p>SIKI : Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 6. Ajarkan mobilisasi sederhana ROM fleksi ,ekstensi, miring kiri kanan 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya nyeri dan keluhan fisik lain pasien 2. Mengetahui kondisi pasien sesudah dan sebelum melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan bantuan kepada pasien yang kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien dapat memahami dan mengerti apa tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Memandirikan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari 6. Meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri
----	---	---	--	--

			<p>SIKI : Teknik Latihan Penguatan Sendi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Beri posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 4. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, mobilitas gerak <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur dengan kaki menjuntai 6. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis 7. Anjurkan ambulasi 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar mengetahui keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Agar lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas terpantau <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 4. Agar gerak sendi pasien teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, mobilitas gerak <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pasien duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur dengan kaki menjuntai 6. Pasien dapat melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis 7. Agar pasien dapat ambulasi
--	--	--	--	---

5. Implementasi Keperawatan & Evaluasi

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan & Evaluasi

Nama Pasien	Tn.S	Ruangan	Marwah
Umur	19 tahun	No. RM	10.28.84

Implementasi & Evaluasi Hari ke-1, Sabtu, 16/7/2022

Pengkajian (S-O-A-P)	No. Dx, waktu	Implementasi	Evaluasi		Paraf
			Respon Hasil (Formatif)	Respon Perkembangan (Sumatif)	
S : - O : - A : - P : -	I 14.05	1. Menanyakan pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan hanya melakukan aktivitas ditempat tidur seperti makan, membersihkan badan, pasien tidak dapat banyak bergerak dikarenakan terpasang kateter urin. Pasien mengatakan sering terjaga saat malam sehingga jam tidurnya tidak teratur dan tidak dapat tidur dengan nyenyak.	Pukul : 16.35 wib S : - Pasien mengatakan jam tidurnya tidak teratur - Pasien mengeluh sering terjaga saat malam - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena cemas dan nyeri - Pasien mengatakan tidak dapat tidur	<i>Dian</i>

	I 14.08	2. Menanyakan faktor pengganggu tidur	2. Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena cemas akan kondisi kesehatannya ditambah dengan nyeri yang dirasakan dan tidak nyaman dengan posisinya	nyenyak - pasien mengatakan takut melakukan pergerakan - Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi saat menggerakkan kakinya	
	I 14.10	3. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	3. Pasien dapat memahami pentingnya tidur yang cukup saat sakit	O :	
	I 14.15	4. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	4. Pasien menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur	- Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak lemas - Pasien tampak tidak bersemangat - Pasien tampak menguap sesekali - Sendi pasien tampak membaik	
	II 14.20	5. Menanyakan keterbatasan fungsi dan gerak sendi	5. Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena takut akan menimbulkan nyeri	- Kekuatan otot kaki kiri pasien menurun dengan skala 2 - Kekuatan otot kaki kanan pasien menurun dengan skala 3	
	II 14.24	6. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas	6. Pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan ekstremitas bawahnya	- Gerakan pasien tampak terbatas - Rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat	

	II 14.30	7. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	7. Pasien mengatakan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi	menekuk sendi lututnya - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Tekanan darah 135/70 mmHg - Frekuensi nadi 92x/menit - Frekuensi nafas 22x/menit - Suhu tubuh 37,0°C
	II 14.40	8. Mengajarkan mobilisasi sederhana dengan dilakukannya latihan ROM fleksi ekstensi dan miring kanan kiri	8. Pasien mengatakan mengerti dengan mobilisasi yang diajarkan dan pasien dilakukan ROM fleksi ekstensi ekstremitas bawa serta miring kiri kanan	
	II 14.43	9. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam dilakukannya latihan ROM miring kanan kiri	9. Keluarga mau dilibatkan dalam melakukan peningkatan pergerakan pasien	A : - Pola tidur memburuk - Status kenyamanan menurun • Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi
	I 16.00	10. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah	10. Frekuensi jantung 92x/menit, tekanan darah 135/70 mmhg, suhu 37,0°C	- Mobilitas fisik cukup menurun
	I 16.05	11. Menginformasikan saat akan dilakukan perubahan posisi	11. Pasien mengetahui akan dilakukan perubahan posisi	- Pergerakan sendi menurun • Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik
	I	12. Melakukan	12. Mengatur posisi pasien	

	16.10	prosedur pengaturan posisi untuk meningkatkan kenyamanan	untuk meningkatkan kenyamanan pasien	belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	I 16.20	13. Mengatur posisi semifowler	13. Pasien posisi semifowler agar lebih nyaman	
	I 16.25	14. Meninggikan tempat tidur bagian kepala	14. Tempat tidur bagian kepala pasien lebih tinggi 45°	
	I 16.28	15. Memonitor status oksigenasi	15. Status oksigenasi pasien baik tidak ada sesak, tidak ada sianosis, frekuensi nafas 22x/menit	
	I 16.45	16. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	16. Menghindari memberikan obat pasien di jam istirahat pasien atau saat pasien tidur	
	I,II 16.25	17. Berkolaborasi pemberian analgetik	17. Pasien mendapatkan terapi analgetik injeksi <i>ketorolac</i> 30mg / 2x24 jam	
	I,II 17.25	18. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam	18. Pasien merasa nyaman setelah diubah posisinya	

Implementasi & Evaluasi Hari ke-2, Minggu, 17/7/2022

Pengkajian (S-O-A-P)	No. Dx waktu	Implementasi	Evaluasi		Paraf
			Respon Hasil Formatif	Respon Perkembangan Sumatif	
Pukul : 08.00 S : - Pasien mengatakan jam tidurnya tidak teratur - Pasien mengeluh sering terjaga saat malam - Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena cemas dan nyeri - Pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak - Pasien mengatakan takut melakukan pergerakan O : - Keadaan umum pasien lemah - Pasien tampak lemas - Pasien sering	I 08.15	1. Menanyakan pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan masih melakukan aktivitas ditempat tidur seperti makan, membersihkan badan, pola tidurnya masih belum teratur, masih tidak dapat tidur nyenyak dan sering terbangun saat malam. Mata pasien tampak merah dan terdapat lingkaran hitam sekitar mata	Pukul : 14.05 wib S : - Pasien mengatakan jam tidurnya cukup membaik - Pasien mengeluh sering terbangun saat tidur - Pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak - Pasien takut banyak bergerak - Pasien mengatakan bergerak dibantu keluarga - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah melatih teknik relaksasi nafas dalam O : - Pasien tampak lemas - Mata pasien tampak	Dian
	I 08.20	2. Memberikan teknik <i>non</i> farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	2. Pasien melakukan teknik <i>non</i> farmakologi untuk mengurangi nyeri		
	I 08.30	3. Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi nafas dalam	3. Pasien menerima informasi mengenai prosedur teknik relaksasi nafas dalam tertulis berupa leaflet		

<ul style="list-style-type: none"> - menguap - Kekuatan otot kaki kiri pasien tampak menurun dengan skala 2 - Kekuatan otot kaki kanan pasien tampak menurun dengan skala 3 - Rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat menekuk sendi lututnya - Tekanan darah 128/70 mmHg - Frekuensi nadi 92x/menit - Frekuensi nafas 22x/menit - Suhu tubuh 37,0°C 	<p>I 10.00</p>	<p>4. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam</p>	<p>4. Pasien mendengarkan dan mengatakan paham dengan yang dijelaskan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kemerah - Tampak lingkaran hitam di daerah mata pasien - Kekuatan otot kaki kiri pasien sedang dengan skala 3 	
<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur cukup membaik - Status kenyamanan cukup meningkat 	<p>I 10.05</p>	<p>5. Mendemonstrasikan dan latihan teknik relaksasi napas dalam</p>	<p>5. Pasien memperhatikan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot kaki kanan pasien cukup meningkat dengan skala 4 	
<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak kaki kiri pasien cukup meningkat yaitu dapat menekuk - Tekanan darah 126/71 mmHg - Frekuensi nadi 84x/menit - Frekuensi nafas 22x/menit - Suhu tubuh 36,6°C 	<p>II 10.15</p>	<p>6. Memantau lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p>	<p>6. Pasien mengatakan nyeri dan merasa tidak nyaman saat melakukan pergerakan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak kaki kiri pasien cukup meningkat yaitu dapat menekuk - Tekanan darah 126/71 mmHg - Frekuensi nadi 84x/menit - Frekuensi nafas 22x/menit - Suhu tubuh 36,6°C 	
<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur cukup membaik - Status kenyamanan cukup meningkat • Masalah keperawatan gangguan pola 	<p>I 10.20</p>	<p>7. Mengatur posisi fowler</p>	<p>7. Posisi pasien fowler dengan menyandar bantal</p>	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur cukup membaik - Status kenyamanan cukup meningkat • Masalah 	
	<p>II 10.25</p>	<p>8. Menjelaskan kepada pasien/keluarga tujuan latihan rentang gerak</p>	<p>8. Pasien dapat memahami tujuan dari latihan rentang gerak</p>		
	<p>II 13.00</p>	<p>9. Mengajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan</p>	<p>9. Pasien mengatakan dapat memahami latihan rentang gerak aktif dan pasif</p>		

<p>tidur belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik cukup menurun - Pergerakan sendi menurun <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>I 13.05</p> <p>I 13.05</p> <p>I 13.55</p> <p>I 13.55</p>	<p>pasif</p> <p>10. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, frekuensi pernafasan dan suhu</p> <p>11. Mengubah posisi pasien tiap 2 jam</p> <p>12. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>13. Berkolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>10. Otot pasien tampak tegang, frekuensi nadi 84x/menit, tekanan darah 126/71 mmhg, suhu 36,6°C</p> <p>11. Posisi pasien diubah</p> <p>12. Memberikan obat pasien saat pasien sedang terjaga</p> <p>13. Pasien mendapatkan terapi analgetik ibuprofen 100mg dalam tutosol 500ml drip 20 tpm</p>	<p>keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilitas fisik cukup meningkat - Pergerakan sendi meningkat <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	---	---	--	--	--

Implementasi & Evaluasi Hari ke-3, Senin, 18/7/2022

Pengkajian (S-O-A-P)	No. Dx, waktu	Implementasi	Evaluasi		Paraf
			Respon Hasil (Formatif)	Respon Perkembangan (Sumatif)	
Pukul : 13. 15 wib S : - Pasien mengatakan jam tidurnya mulai membaik - Pasien mengatakan jarang terbangun - Pasien mengatakan sudah dapat tidur - Pasien mengatakan menggunakan teknik nafas dalam jika nyeri muncul - Pasien mengatakan sudah cukup berani melakukan pergerakan secara mandiri	I 14.00	1. Menanyakan pola aktivitas dan tidur	1. Pasien mengatakan sudah dapat turun dari dan berjalan beberapa langkah, namun makan, membersihkan badan masih dibantu sebagian, pasien mengatakan pola tidur mulai membaik, sudah dapat tidur dengan cukup, dan jarang terbangun	Pukul : 16.00 S : - Pasien mengatakan jam tidurnya membaik - Pasien mengatakan dapat tidur dengan cukup - Pasien mengatakan jarang terbangun saat tidur - Pasien mengatakan dapat mengurangi nyeri dengan teknik nafas dalam selain dengan obat - Pasien mengatakan sudah berani melakukan pergerakan secara mandiri - Pasien mengatakan sudah bisa ROM aktif secara mandiri O : - kemerahan pada mata	<i>Dian</i>
	II 14.05	2. Memantau pasien melakukan latihan rentang gerak aktif	2. Pasien melakukan latihan rentang gerak aktif sesuai yang diajarkan		
	II 14.08	3. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, frekuensi pernafasan dan suhu	3. Otot pasien tampak tegang, frekuensi nadi 80x/menit, tekanan darah 122/65 mmHg, suhu 36,7°C		
	I	4. Menganjurkan	4. Pasien melakukan teknik nafas		

<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata pasien tampak memerah - Lingkaran hitam di daerah mata pasien tampak memudar - Keadaan umum pasien lemah - Kekuatan otot kaki kiri dan kanan cukup meningkat dengan skala 4 - Rentang gerak sendi lutut cukup meningkat - Tekanan darah 126/71 mmHg - Frekuensi nadi 84x/menit - Frekuensi nafas 22x/menit - Suhu tubuh 36,6°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur cukup membaik - Status kenyamanan 	<p>14.15</p> <p>II 14.20</p> <p>I 14.30</p> <p>I,II 14.35</p>	<p>pasien untuk menerapkan teknik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri</p> <p>5. Menganjurkan pasien melakukan ROM aktif secara mandiri</p> <p>6. Menganjurkan pasien untuk melakukan ambulasi</p> <p>7. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p> <p>8. Berkolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>dalam untuk meredakan nyeri secara <i>non</i> farmakologi</p> <p>5. Pasien melakukan ROM aktif dengan mandiri secara perlahan</p> <p>6. Pasien melakukan ambulasi dengan dibantu keluarga</p> <p>7. Pemberian obat pasien dilakukan saat pasien tidak sedang tidur</p> <p>8. Pasien mendapatkan terapi analgetik injeksi ibuprofen 100mg dalam tutosol 500ml drip 20 tpm, pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan obat</p>	<p>pasien berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - lingkaran hitam di daerah mata pasien berkurang - Pasien dapat melakukan pergerakan secara mandiri - Kekuatan otot kaki kiri dan kanan meningkat dengan skala 5 - Rentang gerak sendi lutut meningkat - Tekanan darah 122/65 mmHg - Frekuensi nadi 78x/menit - Frekuensi nafas 20x/menit - Suhu tubuh 36,0°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola tidur membaik - Status kenyamanan meningkat <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi penuh - Mobilitas fisik cukup
---	---	--	---	---

<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi sebagian <p>- Mobilitas fisik cukup menurun</p> <p>- Pergerakan sendi menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum terpenuhi <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>				<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi meningkat • Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi penuh <p>P : Intervensi dukungan tidur, pengaturan posisi, dukungan mobilitas fisik dilanjutkan secara mandiri di rumah oleh pasien/keluarga disertai dengan discharge planning, jika diperlukan.</p>	
--	--	--	--	--	--

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan data yang ditemukan dalam proses keperawatan pada kasus Tn. S dengan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pascaoperasi *herniotomy* di RSHD kota Bengkulu. Kesenjangan antara teori dan kasus akan dibahas mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pada kasus Tn. S dengan diagnosa *Hernia Inguinal Lateralis* (HIL) Sinistra didapatkan data bahwa saat ini pasien telah dilakukan tindakan operasi *herniotomy* dan telah dipindahkan ke ruang rawat inap Marwah ± 3 jam lalu. Pasien pascaoperasi akan beresiko mengalami gangguan istirahat tidur terkait faktor psikologis pasien yang merasa cemas disertai adanya nyeri luka pascaoperasi saat bergerak sehingga pasien merasa tidak nyaman dan gelisah.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditemukan data Tn. S mengalami perubahan pola tidur dikarenakan cemas akan kondisi kesehatannya karena ini pertama kalinya ia menjalani operasi pasien merasa tidak nyaman dan gelisah karena nyeri yang dirasakan, mengeluh tidak dapat tidur dengan puas, sering terjaga, tidak dapat istirahat dengan cukup, sering terbangun saat tidur malam selama dilakukan pengkajian pasien tampak lesu, tidak bersemangat, gelisah, sering menguap dan mata tampak merah.

Beberapa data lain dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi dan membuatnya merasa tidak nyaman. Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya namun masih terasa kaku dan berat, pasien mengatakan melakukan pergerakan dibantu oleh keluarga.

Sejalan dengan teori yang dikemukakan semua data pada kasus Tn. S menunjukkan bahwa adanya tindakan pembedahan merupakan kondisi yang sangat tidak menyenangkan, dalam kondisi

bagaimanapun ketika pasien dilakukan pembedahan pasti akan merasakan nyeri, secara fisiologis pasien akan merasakan ketidaknyamanan baik dalam melakukan pergerakan, berkomunikasi, merasa gelisah di atas tempat tidur, terbangun pada malam hari dan sulit melanjutkan tidur hingga pagi hari (Mawaddah, 2021).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus pasca *herniotomy* yang dialami Tn.S tidak terdapat perbedaan dengan diagnosa yang dibahas pada tinjauan pustaka di bab II. Selain itu, terdapat beberapa diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus Ny. S dikarenakan terdapat variasi data yang dialaminya. Pada tinjauan teoritis terdapat 6 diagnosa keperawatan yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, gangguan mobilitas fisik berhubungan kecemasan, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Berdasarkan kasus ini, penulis mengangkat dua diagnosa yang dibahas pada teori bab II. Diagnosa pertama yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur karena data yang ditemukan saat pengkajian mendukung tegaknya diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Data yang ditemukan adanya keluhan belum dapat tidur dengan nyenyak sejak dirawat karena cemas akan kondisi kesehatannya karena ini pertama kalinya ia menjalani operasi, pasien mengeluh pola tidurnya berubah, pasien mengeluh sulit tidur karena tidak terbiasa dengan lingkungan rumah sakit serta adanya nyeri luka operasi yang hilang timbul sehingga membuat ia sering merasa gelisah dan tidak dapat tidur dengan puas. Selama di rumah sakit pasien mengatakan sering terbangun saat tidur malam dan sering terjaga, pasien mengatakan mulai dapat tertidur saat

menjelang pagi dan tidak dapat tidur siang di karenakan ramai dengan keluarga yang berkunjung atau keluarga pasien lain yang ramai sehingga tidak dapat istirahat dengan cukup. Keadaan umum pasien tampak lemah, lesu, tidak bersemangat, dan sesekali tampak menguap.

Sedangkan pada diagnosa kedua, penulis mengangkat gangguan mobilitas fisik berhubungan kecemasan karena data yang ditemukan saat pengkajian mendukung tegaknya diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan kecemasan, antara lain adanya keluhan pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi dan membuatnya merasa tidak nyaman. Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya namun masih terasa kaku dan berat, pasien mengatakan melakukan pergerakan dibantu oleh keluarga. Pasien tampak lemah, kekuatan otot kaki kiri pasien tampak menurun dengan skala 2 yaitu dapat menggerakkan namun tidak dapat mengangkat kaki kirinya, kekuatan otot kaki kanan pasien tampak menurun dengan skala 3 yaitu dapat mengangkat kaki kanan namun tidak dapat menahan tekanan ringan, gerakan pasien tampak terbatas, rentang gerak kaki kiri pasien menurun yaitu tidak dapat menekuk sendi lututnya.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan penulis pada kasus Tn. S tidak didapatkan perbedaan dengan teori yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka di bab II, namun terdapat beberapa diagnosa yang tidak dapat ditegakkan dikarenakan data yang didapatkan tidak cukup mendukung untuk menegakkan diagnosa lainnya.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada kasus ini dibuat berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sebelumnya. Pada kasus Tn. S penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk mengatasi masalah

keperawatan yang muncul berdasarkan rencana keperawatan yang telah dituliskan pada teori.

Penulis menyusun intervensi terhadap Tn.S dimana intervensi yang penulis lakukan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yaitu memberi dukungan tidur, terapi relaksasi dan pengaturan posisi yang dilakukan setiap hari selama pasien dirawat di RS. Media edukasi menggunakan *leaflet* bergambar akibat dari gangguan pola tidur dan bagaimana agar meningkatkan kualitas tidur untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien.

Intervensi yang akan diberikan pada diagnosa kedua dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan yaitu dukungan mobilitas fisik dan teknik latihan penguatan sendi. Pada kasus ini pasien diberikan terapi teknik latihan penguatan sendi untuk meningkatkan pergerakan sendi . Latihan penguatan sendi dilakukan selama 15-20 menit setiap hari selama pasien dirawat di RS dengan latihan rentang gerak pasif atau aktif.

Berdasarkan intervensi keperawatan untuk 2 diagnosa yang ditegaskan pada kasus ini intervensi yang diberikan penulis tidak jauh berbeda dengan teori yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka di bab II.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun rencana keperawatan, kemudian dilanjutkan dengan melakukan tindakan keperawatan atau implementasi. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dimulai pada tanggal 16 sampai 18 Juli 2022. Pada diagnosa pertama, implementasi yang dilakukan pada Tn.S yaitu memberikan dukungan tidur dan pengaturan posisi. Aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu dalam memberikan dukungan tidur yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi

lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur), melakukan prosedur pengaturan posisi untuk meningkatkan kenyamanan, menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur. Aktivitas keperawatan pada terapi relaksasi yaitu dengan memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu, menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan serta suhu ruangan nyaman, memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi napas dalam, mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi napas dalam. Kemudian aktivitas keperawatan lainnya yang dilakukan dalam implementasi pengaturan posisi yaitu memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, mengatur posisi yang disukai, jika tidak kontraindikasi meninggikan tempat tidur bagian kepala, menghindari menempatkan posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka, mengubah posisi setiap 2 jam, menginformasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, berkolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu. Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil pola tidur membaik, dan status kenyamanan meningkat.

Pada diagnosa kedua penulis memberikan implementasi dukungan mobilitas fisik dan teknik latihan penguatan sendi. Aktivitas keperawatan yang dilakukan dalam memberi dukungan mobilitas fisik memonitor frekuensi jantung dan tekanan, memfasilitasi melakukan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Aktivitas keperawatan selanjutnya yang dilakukan saat implementasi yaitu teknik latihan penguatan sendi terdiri dari mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi,

memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas, memberi posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, mobilitas gerak, menjelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan merencanakan latihan bersama, menganjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), mengajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis, menganjurkan ambulasi. Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil mobilitas fisik dan pergerakan sendi meningkat.

Pada kasus Tn. S tidak terdapat kesenjangan intervensi dan implementasi yang dilakukan. Semua tindakan dilaksanakan sesuai rencana yang disusun. Akan tetapi ada intervensi yang tidak dapat dilaksanakan dengan maksimal yaitu memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan, suhu, dan tempat tidur dikarenakan keterbatasan fasilitas ruangan, adanya beberapa pasien lain yang dirawat dalam ruangan yang sama yang juga ditemani oleh keluarga serta adanya kerabat yang berkunjung sehingga sulit mengontrol kebisingan dan suhu ruangan akibat banyaknya orang yang mengisi ruangan.

Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada Tn.S yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif dan aktif selama tindakan maupun kegiatan pendidikan kesehatan, adanya kerjasama yang terjalin dengan baik terhadap perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar tanpa kendala yang berarti.

Sejalan dengan teori implementasi yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka penulis tidak menemukan perbedaan yang jauh dan melakukan tindakan yang direncanakan sesuai dengan teori yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka di bab II.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan keperawatan yang mengukur sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan respon yang ditunjukkan oleh pasien. Pada kasus ini, penulis menggunakan dua jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif atau respon hasil yang dilakukan segera setelah melakukan tindakan dan evaluasi sumatif atau perkembangan yang dilakukan dalam 4-7 jam setelah tindakan dengan membandingkan respon klien dengan tujuan yang telah ditentukan menggunakan metode SOAP, yaitu S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (*Planning*).

Pada Tn. S setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari. Indikator keberhasilan ini tidak dapat dicapai hanya dengan melakukan tindakan mandiri keperawatan, melainkan karena adanya tindakan kolaborasi dengan terapi medis dokter dan kolaborasi ahli gizi.

Berdasarkan evaluasi perkembangan atau sumatif hari ketiga perawatan diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur didapatkan hasil (S) Subjektif : pasien mengatakan jam tidurnya membaik, pasien mengatakan dapat tidur dengan cukup, pasien mengatakan jarang terbangun saat tidur, pasien mengatakan dapat mengurangi nyeri dengan teknik nafas dalam selain dengan obat, (O) Objektif : pasien tampak lebih segar, kemerahan pada mata pasien berkurang, lingkaran hitam di daerah mata pasien berkurang, (A) Analisa : pola tidur membaik, status kenyamanan meningkat, masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi penuh, (P) *Planning* : intervensi dukungan tidur dan pengaturan posisi dilanjutkan secara mandiri di rumah oleh pasien/keluarga disertai dengan discharge planning, jika diperlukan.

Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan didapatkan hasil (S) Subjektif : pasien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang, pasien mengatakan sudah dapat

melakukan pergerakan sedikit demi sedikit secara mandiri, pasien mengatakan, pasien mengatakan rutin melakukan latihan rentang gerak aktif, (O) Objektif : keadaan umum pasien baik, sendi pasien tampak rileks, kekuatan otot kaki kiri dan kanan pasien meningkat skala 5, rentang gerak sendi lutut pasien meningkat, pasien dapat melakukan pergerakan secara mandiri, tekanan darah 122/65 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu tubuh 36,7°C, (A) Analisa : mobilitas fisik meningkat, pergerakan sendi meningkat, masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi penuh, (P) *Planning* : intervensi dukungan mobilitas fisik dan teknik latihan penguatan sendi dilanjutkan secara mandiri di rumah oleh pasien/keluarga disertai dengan discharge planning, jika diperlukan. Dalam hal ini kriteria hasil yang diharapkan oleh penulis pada kasus Tn. S dapat tercapai sesuai dengan teori yang telah dijelaskan pada tinjauan pustaka.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan pada Tn. S dengan pasca *herniotomy*, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Data pengkajian pada kasus Tn.S yang ditemukan sesuai dengan teori yang telah dijelaskan. Data fokus hasil pengkajian pada kasus Tn. S mengalami perubahan pola tidur dikarenakan cemas, merasa tidak nyaman dan gelisah karena nyeri yang dirasakan, mengeluh tidak dapat tidur dengan puas, sering terjaga, tidak dapat istirahat dengan cukup, sering terbangun saat tidur malam, dan mengeluh mata perih. Selama dilakukan pengkajian pasien tampak lesu, tidak bersemangat, tampak lingkaran kehitaman didaerah mata, mata tampak kemerahan dan sesekali tampak menguap. Data lain dari hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan tidak ingin banyak bergerak karena takut akan menimbulkan nyeri luka operasi dan membuatnya merasa tidak nyaman. Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya namun masih terasa kaku dan berat, pasien mengatakan melakukan pergerakan dibantu oleh keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. S sesuai dengan data yang teori jelaskan. Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur pada kasus Tn. S diangkat berdasarkan data hasil pengkajian yang ditemukan sesuai dengan teori, begitupun data pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang ditemukan sesuai dengan teori. Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur menjadi diagnosa utama karena merupakan diagnosa aktual yang harus segera diatasi agar kebutuhan istirahat tidur pasien dapat terpenuhi dengan baik. Kemudian diagnosa gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan kecemasan diangkat menjadi diagnosa kedua sebagai upaya untuk meningkatkan mobilitas fisik dan pergerakan sendi yang dapat meningkatkan status kenyamanan pasien sehingga pemenuhan kebutuhan istirahat tidur Tn. S dapat terpenuhi dengan baik.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat dilakukan pada diagnosa pertama dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yaitu memberi dukungan tidur, terapi relaksasi dan pengaturan posisi yang dapat ia laksanakan juga secara mandiri di rumah. Tindakan ini efektif karena dapat memperbaiki pola tidur dan meningkatkan status kenyamanan tidur pasien pasca *herniotomy*. Pada diagnosa kedua dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan intervensi yang dilakukan yaitu memberi dukungan mobilitas fisik dan teknik latihan penguatan sendi yang juga dapat dilakukan secara mandiri di rumah. Tindakan efektif karena dapat mengurangi kekakuan serta merilekskan sendi sehingga dapat mempercepat pemulihan pasien pascaoperasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada kasus ini adalah dengan memberi dukungan tidur, pengaturan posisi, dukungan mobilitas fisik dan teknik latihan penguatan sendi. Tindakan ini dilakukan selama 3 hari secara berturut untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada hari ketiga semua indikator telah berhasil dicapai sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan melaksanakan standar intervensi yang telah disusun tersebut dengan standar evaluasi menggunakan format SOAP, penulis berhasil melaksanakan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien pasca *herniotomy*.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga sebaiknya dapat menerapkan dukungan tidur, terapi nafas dalam dan pengaturan posisi untuk meningkatkan status kenyamanan tidur dan dukungan mobilisasi serta teknik latihan penguatan sendi untuk meningkatkan mobilitas fisik dan pergerakan sendi sehingga kebutuhan istirahat tidur dapat terpenuhi secara maksimal.

2. Bagi Perawat

Perawat hendaknya dapat memberikan asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pasien pasca *herniotomy* secara komprehensif dan menyeluruh dengan cara memberikan terapi relaksasi nafas dalam, menerapkan pengaturan posisi dan memberikan teknik latihan penguatan sendi secara optimal sehingga kebutuhan istirahat tidur dapat terpenuhi dengan baik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

a. Dosen

Diharapkan dapat dikembangkan sebagai bahan pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pasien pasca *herniotomy*.

b. Mahasiswa Jurusan Keperawatan

Diharapkan dapat dijadikan bahan pembelajaran dan memperluas wawasan tentang pengembangan intervensi dalam pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pasien pasca *herniotomy*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurachman, D. (2016). *Indahnya Seirama Kinesiologi Dalam Anatomi*. In Perpustakaan National Katalog (Issue kinesiologi anatomi). Malang: Inteligencia Media.
- Asmara, R. (2016). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Revista Brasileira de Ergonomia*, 3(2), 80–91.
- A, Aziz, Hidayat. (2011). *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Budiarti, novi yulia. (2020). No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Sustainability*
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan Cetakan pertama*. Jakarta: Bumi Medika
- Keifer GEffenberger, f. (2019). Hambatan Mobilitas Fisik. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 9–66.
- Mawaddah, D. S. (2021). Hubungan Nyeri terhadap Pola Tidur Pasien Post Operasi Appendisit di RSUD Teungku Peukan Aceh Barat Daya. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Mubarak. (2017). Konsep istirahat dan tidur universitas muhammadiyah malang. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 110(9), 1689–1699.
- Mussardo, G. (2019). Tahap Pengkajian Dalam Proses Keperawatan. *Statistical Field Theor*, 53(9), 1689–1699.
- Nurbadriyah, W. D., & Fikriana, R. (2020). Literature Review: Terapi Non Farmakologi. *Jurnal Kesehatan, Kebidanan, Dan Keperawatan*, 14, 21–40.
- Nurul Akidah Lukman. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Klien Post Operasi Di Ruang Perawatan Bedah Rsud Labuang Baji Makassar. In *Uin Alauddin Makasar*.
- Nuruzzaman, M. R. (2019). Abdominal Hernias. *Emedicine Speciaties General Surgery Abdomen*. *Kesehatan*, 4(3), 2.
- Pertiwi, D., Muniroh, S., & Nisa, N. (2020). Asuhan Keperawatan Hernia

Inguinalis. *Jurnal Keperawatan*, 4(2), 87–92.

Pitria, R. (2020). Keterkaitan Pola Tidur yang Buruk Meningkatkan Risiko Hipertensi terhadap Pecandu Game Online pada Remaja Putra. *OSF Preprints*, 1–20.

Potter & Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta : Salemba Medika

Smeltzer, Bare. *Medical Surgical Nursing Brunner & Suddarth* vol : 2. Jakarta: Penerbit EGC, 2006

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Yusmaidi, Sari, N. Ma. D. P., Ilma, W., & Ikhssani, A. (2021). Laporan Kasus: Hernia Inguinalis Permagna. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(September), 213–222.

L

A

M

P

I

R

A

N


Lampiran 1

BIODATA PENULIS



Nama Lengkap : Dian Anantya Paramita Putri
Tempat Tanggal Lahir : Giri Kencana, 25 Juli 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pekerjaan : Mahasiswa
Nama Orang Tua
Ayah : Dadan Taryana
Ibu : Yulia, S.Pd
Alamat Rumah : Dusun III Desa Tanjung Dalam, Kec. Ulok Kupai,
Kab. Bengkulu Utara, Provinsi Bengkulu
Email : diananantyapp@gmail.com
Judul Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan
Istirahat Tidur Pada Pasien Pasca *Herniotomy* di
RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022
Riwayat Pendidikan :
1. SDN 17 Ulok Kupai
2. SMPN 1 Ulok Kupai
3. SMAN 12 Bengkulu Utara

Lampiran 2

	POLTEKKES KEMENKES BENGKULU		
	LEMBAR KERJA PRAKTIK LABORATORIUM		
	No. Dok : KMB III Jur.Kep/X/2013 No. Revisi : 02	Tgl. Diterbitkan : Oktober 2013 Hal :	Paraf : Ketua Jurusan

NO	Butir Evaluasi	dilakukan	Tdk dilakuka n	KET
		1	0	
	PERSIAPAN			
	PERSIAPAN ALAT : Minyak/ penghangat/ wwz bila perlu Tissue Bengkok			
1.	Pesiapan Pasien : Lakukan Informed Consent			
2.	Persiapan Lingkungan Atur lingkungan Senyaman Mungkin, cukup cahaya dan terjaga Privacy			
3.	Persiapan Alat Dekatkan alat ke pasien dan perawat			
4.	Persiapan Petugas Perawat cuci tangan (Gunakan Sarung tangan sesuai Indikasi / Keadaan Pasien)			
	PELAKSANAAN TINDAKAN			
5.	Atur posisi pasien supinasi			
	ROM Pergelangan tangan			
6.	Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.			
7.	Pegang tangan dan jari pasien dengans atu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.			
8.	Lakukan fleksi, ekstensi, dan hiperekstensi pergelangan tangan			
9.	Lakukan fleksi dan ekstensi jari jemari pasien			
	ROM Siku			

10.	Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.			
11.	Letakan tangan diatas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya			
12.	Lakukan fleksi dan ekstensi siku			
	ROM Lengan bawah			
13.	Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.			
14.	Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya			
15.	Lakukan pronasi dan supinasi lengan bawah			
	ROM Bahu			
16.	Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya.			
17.	Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan Lainnya			
18.	Lakukan pronasi fleksi bahu			
19.	Lakukan Adduksi dan abduksi bahu			
20.	Lakukan Rotasi internal dan eksternal bahu			
	ROM Kaki dan Pergelangan kaki			
21.	tangan kiri petugas diatas pergelangan kaki pasien dan tangan kanan memegang jari kaki			
22.	Lakukan Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki			
23.	Lakukan inverse dan eversi pergelangan kaki			
24.	Lakukan fleksi dan ekstensi jari - jari kaki			
	ROM Lutut			
25.	Letakkan satu tangan di bawah lutut Pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain			
26.	Lakukan fleksi sendi lutut kea rah dada sejauh mungkin			
27.	Lakukan ekstensi sendi lutut dengan mengangkat kaki pasien ke atas			
	ROM Paha			

28.	Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut			
29.	Lakukan rotasi eksternal dan internal pangkal paha			
30.	Lakukan abduksi dan adduksi pangkal paha			
31.	Observasi kemampuan pasien dalam melakukan ROM (kekuatan dan ketahanan otot, fleksibilitas sendi, fungsi mototrik, kenyamanan dan ekspresi pasien)			
32.	Rapikan pasien dan bereskan alat			
33.	Perawat cuci tangan			
34.	Dokumentasikan hasil tindakan			
	EVALUASI HASIL Kekuatan dan ketahanan otot pasien meningkat			
	Jlh skor			
	Nilai = (jlh skor yg didapat / 34) x 100			

Bengkulu,.....2022


Tim penilai

1.....

2.....

SOP (Standard Operational Procedure)

Teknik Relaksasi Nafas Dalam

	Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Pengertian	Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri
Kebijakan	Dilakukan pada klien dengan <i>Post Op Appendectomy</i>
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien yang mengalami stres2. Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang akibat penyakit yang kooperatif3. Pasien yang mengalami kecemasan4. Pasien mengalami gangguan pada kualitas tidur seperti insomnia
Pelaksanaan	PRA INTERAKSI <ol style="list-style-type: none">1. Membaca status klien2. Mencuci tangan INTERAKSI <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Salam : Memberi salam sesuai waktu2. Memperkenalkan diri.3. Validasi kondisi klien saat ini. Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya4. Menjaga privasi klien5. Kontrak Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan KERJA <ol style="list-style-type: none">1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara 4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega 5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit) 6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh 7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya 8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi 9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri 10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit <p>TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini 2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan. 3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam 4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya <p>DOKUMENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan 6. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan
Sumber	(Widodo & Qoniah, 2020)

Leaflet



(Sumber : <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/bagaimana-agar-mendapatkan-tidur-yang-berkualitas/>)



Sumber : <https://dinkes.salatiga.go.id/tips-tidur-malam-lebih-baik/>)



TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

APA ITU RELAKSASI NAFAS DALAM?

Relaksasi nafas dalam adalah kegiatan yang dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan cara menarik nafas melalui hidung dang menghembuskan nafas secara perlahan melalui mulut.

MANFAAT TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Beberapa manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam diantaranya yaitu:

1. Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
2. Mengurangi rasa cemas, khawatir, dan gelisah
3. Mengurangi stress dan membuat tenang

CARA MELAKUKANNYA

1. Pastikan anda merasa tenang dan santai (rileks)
2. Boleh melakukan teknik relaksasi sambil membaca doa, dzikir maupun sholawat
3. Usahakan tetap rileks dan tenang
4. Menarik nafas dalam dari hidung dengan hitungan 1 2 3
5. Kemudian perlahan keluarkan udara melalui mulut
6. Usahakan tetap konsentrasi dengan memejamkan mata
7. Kemudian tarik nafas kembali melalui hidung dan perlahan keluarkan melalui mulut
8. Ulangi sampai 15 kali atau sampai anda merasa rileks dan tenang

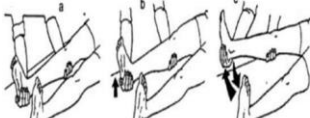


ROM PASIF KAKI

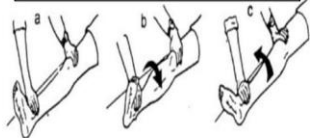
FLEKSI DAN EKSTENSI PAHA



ADDUKSI DAN ABDUKSI PAHA



ROTASI PANGKAL PAHA



FLEKSI DAN EKSTENSI JARI KAKI



INVERSI DAN EVERSI KAKI



RANGE OF MOTION (ROM) PASIF



NOTE!
Lakukanlah setiap hari agar otot dan sendi tidak kaku

PENGERTIAN

ROM pasif adalah latihan pergerakan sendi yang dibantu dengan perawat atau orang lain di setiap gerakannya.

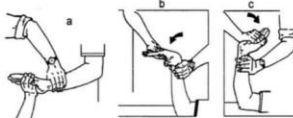


TUJUAN

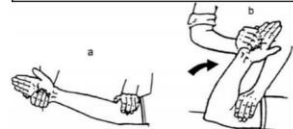
Tujuan ROM pasif adalah untuk menjaga kelenturan dari setiap sendi dan otot

ROM PASIF TANGAN

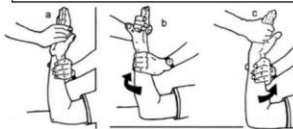
FLEKSI DAN EKSTENSI PERGELANGAN TANGAN



FLEKSI DAN EKSTENSI SIKU



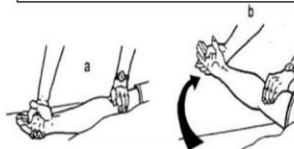
PRONASI DAN SUPINASI LENGAN BAWAH



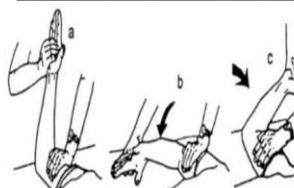
FLEKSI DAN EKSTENSI BAHU



ABDUKSI DAN ADDUKSI BAHU



ROTASI BAHU



Lampiran 4

Format Discharge Planning

No	Kegiatan	Dilakukan		Tidak Dilakukan	
		f	%	f	%
A. Kegiatan penerimaan klien diruang rawat inap					
1.	Melakukan pengkajian ttg kebutuhan pelayanan kesehatan klien				
2.	Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien				
3.	Mengkaji faktor lingkungan yang dapat mengganggu perawatan diri				
4.	Berkolaborasi dengan dokter/ disiplin ilmu lain				
B. Persiapan sebelum hari kepulangan klien					
5.	Mengkaji rujukan untuk mendapatkan perawatan dirumah/tempat pelayanan				
6.	Mengajarkan cara-cara pengaturan fisik dirumah untuk memenuhi kebutuhan klien dirumah				
7.	Memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan di masyarakat pada klien				
8.	Melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga tentang pemberian obat, pengaturan diet dan hal yang harus dihindari				
C. Pada hari pemulangan klien					
9.	Memberikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya cara perawatan dirumah				
10.	Memeriksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, dan alat-alat khusus yang diperlukan				
11.	Memastikan transportasi pasien untuk pulang				
12.	Menawarkan pada klien dan keluarga untuk minta bantuan jika dibutuhkan				
13.	Memeriksa kamar klien apakah ada barang yang tertinggal				
14.	Menghubungi kasir untuk menentukan masih adakah sisa pembayaran yang harus dilunasi				

Lampiran 5

Foto Dokumentasi



Lampiran 6

LEMBAR KONSUL

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Pembimbing : Ns. Sahran, S.Kep., M.Kep
 Nama Mahasiswa : Dian Anantya Paramita Putri
 Nim : P051202190060
 Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat
 Tidur Pada Pasien Pasca *Herniotomy* di RSHD Kota
 Bengkulu Tahun 2022.

No	Tanggal	Topik	Saran	Paraf
1	7 Januari 2022	Pengajuan judul	- Acc judul	
2	15 Februari 2022	Konsul BAB I	- Perbaiki BAB I - Cari data kasus di Bengkulu dan di RS	
3	17 Februari 2022	Konsul BAB II	- Perbaiki BAB I - Perbanyak teori - Cari jurnal terbaru	
4	18 Mei 2022	Konsul BAB I-III	- Perbaiki BAB II - Perbaiki penulisan di BAB III	
5	20 Juni 2022	Pergantian Judul	- Acc Judul	
6	22 Juni 2022	Konsul BAB I-III	- Rapikan sistem penulisan - Lengkapi daftar pustaka	
7	27 Juni 2022	Konsul BAB I-III	- Acc Penelitian	
8	9 Juli 2022	Konsul BAB I-V	- Perbaiki data fokus dan data objektif pengkajian - Perbaiki pembahasan	
9	10 Juli 2022	Konsul BAB I-V	- Menyesuaikan pengkajian dan analisa data	
10	11 Juli 2022	Konsul BAB IV dan V	- Rapikan sistem penulisan - Perbaiki penulisan implementasi	
11	12 Juli 2022	Konsul BAB IV dan V	- Acc KTI - Daftar SEMHAS	

SURAT IZIN PRA PENELITIAN
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU

FUCIOX

<http://103.144.79.107/KEMAHASISWAAN/ADMINISTRATOR/ka...>



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



22 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/.../2022
Lampiran : -
Hal : **Izin Pra Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur RSHD Kota Bengkulu
di_ _____
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kiranya Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin pengambilan data, untuk Pra Penelitian dimaksud. Nama mahasiswa tersebut adalah :

Nama : Dian Anantya Paramita Putri
NIM : P0 5120219060
No Handphone : 082280145130
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur Pada Pasien Post Op Herniatomy Di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022
Lokasi : RSHD Kota Bengkulu

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Ditandatangani oleh Direktur Bidang Akademik



N. H. R. Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196810071988031005



SURAT IZIN PENELITIAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Meir No. 61 Nusa Indah Teip. (8736) 21801
BENGKULU

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/1081/B.Kesbangpol/2022

- Dasar** : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan** : Surat dari Wakil Direktur Poltekkes Kemenkes Kota Bengkulu Nomor : DM. 01.04/1029/2/2022 Tanggal 23 Juni 2022 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : Dian Anantya Paramita Putri
NPM : P05120219060
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : D3 Keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Post Operasi Herniotomy di RS. Harapan dan Doa Kota Bengkulu tahun 2022

Tempat Penelitian : RS. Harapan dan Doa Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 05 Juli 2022 s/d 05 September 2022
Penanggung Jawab : Wakil Direktur Kemenkes Kota Bengkulu

- Dengan Ketentuan** :
- 1 Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
 - 2 Melakukan Kegiatan Penelitian dengan Mengindahkan Protokol Kesehatan Penanganan Covid-19.
 - 3 Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
 - 4 Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
 - 5 Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Bengkulu
Pada tanggal : 5 Juli 2022

a.n. WALIKOTA BENGKULU
Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Bengkulu

Dra. Hj. FENNY FAHRIANNY
Pembina
NIP. 19670904 198611 2 001

Dokumen ini telah diregistrasi, dicap dan ditanda tangani oleh Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu dan didistribusikan melalui Email kepada Pemohon untuk dicetak secara mandiri, serta dapat digunakan sebagaimana mestinya.

SURAT IZIN PENGAMBILAN KASUS POLTEKKES KEMENKES BENGKULU



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website : poltekkesbengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



23 Juni 2022

Nomor : : DM. 01.04/.../2022
Lampiran : -
Hal : : Izin Penelitian

Yang Terhormat,
Direktur RSID Kota Bengkulu
di
Tempat

Schubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2021/2022 , maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data untuk penelitian kepada:

Nama : Dian Anantya Paramita Putri
NIM : P0 5120219060
Jurusan : Keperawatan
Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga
No Handphone : 082280145130
Tempat Penelitian : RSID Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 2 Bulan
Judul : Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Post Operasi Herniatomy di RSHD Kota Bengkulu Tahun 2022

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

an. Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Wakil Direktur Bidang Akademik



Agung Riyadi, S.Kep, M.Kes
NIP.196710071988031005

Tembusan disampaikan kepada:



Lampiran 10

SURAT IZIN PENELITIAN RSHD KOTA BENGKULU



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
Jl. Letjend. Basuki Rahmat No 01| Bengkulu 38223
(0736) 34 5100|Fax (0736) 345 100 | [] | [kotabengkulursud@gmail.com]



SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor : 893.5 /11094/RSUD.HD

Menindaklanjuti surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dengan Nomor: 070/1084/B.Kesbangpol/2022 tanggal 05 Juli 2022 Perihal Izin Penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Dian Anantya Paramita Putri
NIM : P05120219060
Prodi : D III Keperawatan

Untuk melakukan penelitian dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Post Operasi Herniotomy di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022**" pada prinsipnya kami memberikan izin yang bersangkutan untuk melakukan penelitian terhitung mulai tanggal 06 Juli 2022 s/d 06 Agustus 2022.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 05 Juli 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU

dr. Lista Cerlyviera, M.M
PembinaTk.I
NIP. 19690704 199903 2 003

Catatan

1. Tempat Penelitian di Safa, Marwah Raudah dan Mina
2. Tidak di perkenankan mengambil data selain di ruangan yang tertera tersebut
3. Tidak diperkenankan meneliti melampaui batas yang tertera

Lampiran 11

**SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
RSHD KOTA BENGKULU**



PEMERINTAH KOTA BENGKULU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HARAPAN DAN DOA
Jl. Letjend. Basuki Rahmat No 01| Bengkulu 38223
5100|Fax (0736) 345 100 |kotabengkulurshd@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 893.5/71.98 /RSUD HD

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lista Cerlyviera, M.M
NIP : 19690704 199903 2 003
Pangkat/ Gol : Pembina Tk I - IV/b
Jabatan : Direktur RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Dian Anantya Paramita Putri
NIM : P05120219060
Prodi : D III Keperawatan

Telah selesai melakukan penelitian dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur pada Pasien Post Operasi Herniotomy di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2022"**.

Demikianlah Surat ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 27 Juli 2022
DIREKTUR RSUD HARAPAN DAN DOA
KOTA BENGKULU



dr. Lista Cerlyviera, M.M

PembinaTk.1
NIP. 19690704 199903 2 003