

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PRE DAN *POST* HERNIA DI RUANG RAWAT INAP
ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

CANDRA LUVITA
NIM. P00320119005

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021/2022**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
***PRE* DAN *POST* HERNIA DI RUANG RAWAT INAP**
ANGGREK RSUD CURUP TAHUN 2022

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

CANDRA LUVITA
NIM. P00320119005

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021/2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Candra Luvita

Tempat, Tanggal Lahir : Karang Jaya, 24 April 2001

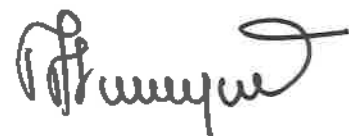
N I M : P00320119005

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre*
Dan *Post* Hernia Di Ruang Rawat Inap Anggrek
RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 03 Agustus 2022

Curup, 03 Agustus 2022

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep
NIP: 197004071989112002

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
PRE DAN POST HERNIA DI RUANG
RAWAT INAP ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun oleh :

Candra Luvita
NIM. P00320119005

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 03 Agustus 2022, dan dinyatakan


LULUS

Ketua Penguji


Chandra Buana, MPH

NIP: 197101041991021001

Anggota Penguji I


Winike Nopri yanti, S.Kep.Ners
NIP. 198811092010012009

Anggota Penguji II


Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep
NIP. 197004071989112002

Laporan Tugas Akhir ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**


Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep.M.Kep
NIP. 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN *PRE* DAN *POST HERNIA* DI RUANG
RAWAT INAP ANGGREKRSUD CURUP
(Candra Luvits, 2022, 120 Halaman)**

ABSTRAK

Latar belakang : Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga bagian terlemah dari bagian muskuloaponeurotik dinding perut, hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Semua kasus hernia terjadi melalui celah lemah atau kelemahan yang potensial pada dinding abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen yang berulang atau berkelanjutan. **Tujuan:** Untuk mengetahui keefektifan teknik telaksasi genggam jari pada studi kasus pada pasien pre dan post operasi hernia diruangan anggrek RSUD Curup. **Metode:** Ini yaitu dengan *Teknik relaksasi genggam jari* untuk mengurangi dan mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada pasien pre dan post hernia. **Kesimpulan:** Studi kasus ini menunjukkan bahwa tindakan *Teknik relaksasi genggam jari* dapat membuat pasien lebih relaks digunakan pada Tn.N Diruangan anggrek RSUD Curup. **Saran:** *Teknik relaksasi genggam jari* diharapkan dapat menjadi salah satu intervensi bagi perawat ruangan dirumah sakit dan pasien dapat menerapkan teknik relaksasi genggam jari untuk mengatasi nyeri pada pasien Hernia.

Kata Kunci: Hernia , Teknik relaksasi genggam jari

**NURSING CARE FOR PATIENTS
WITH PRE AND POST HERNIA IN THE ORCHID ICU
CURUUP Hospital in 2022**

ABSTRACT

Background: *Hernia is a protrusion of the contents of a cavity, the weakest part of the musculoaponeurotic part of the abdominal wall, a hernia consists of a ring, a pouch and the contents of the hernia. All cases of hernia occur through a weak fissure or potential weakness in the abdominal wall due to repeated or sustained increases in intra-abdominal pressure.* **Objective:** *To determine the effectiveness of finger gripping technique in a case study of pre and post hernia surgery patients in the orchid room of the Curup Hospital.* **Method:** *This is the finger grip relaxation technique to reduce and control yourself when there is discomfort or pain, physical and emotional stress in pre and post hernia patients.* **Conclusion:** *This case study shows that the finger grip relaxation technique can make the patient more relaxed. It is used in Mr. N in the Orchid Room of RSUD Curup.* **Suggestion:** *Finger grip relaxation technique is expected to be one of the interventions for hospital room nurses and patients can apply finger grip relaxation techniques to treat pain in Hernia patients.*

Keywords: *Hernia, finger grip relaxation technique*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre* Dan *Post* Hernia Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Chandra Buana, M.P.H selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Ibu winike Nopriyanti,S.Kep.Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
6. Ibu Yanti Sutriyanti, SKM., M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan laporan tugas akhir ini.
7. Ibu Ns. Yossy Utario., M.Kep., Sp.An selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.

8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
 9. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
 10. Dan lain-lain yang tidak dapat disebut satu persatu.
- Mudah-mudahan laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup, 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hernia	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Klasifikasi	10
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	15
2.1.5 Anatomi Fisiologi	16
2.1.6 Patofisiologi.....	18
2.1.7 WOC	20
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	22
2.1.9 Penatalaksanaan.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	29
2.2.1 Pengkajian	29
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3 Rencana Keperawatan	35
2.2.4 Implementasi Keperawatan	60
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	61
2.3 Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari	61
2.3.1 Hasil publikasi implementasi penelitian (data base).....	61
2.3.2 Pengertian Teknik Relaksasi Genggam Jari	62
2.3.3 Tujuan Teknik Relaksasi Genggam Jari.....	62
2.3.4 Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari.....	64
2.3.5 Prosedur Terapi Relaksasi Genggam Jari.....	64
BAB III TINJAUAN KASUS.....	67
3.1 Pengkajian	66
3.1.1 Identitas Klien.....	66
3.1.2 Riwayat Keperawatan.....	67

3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	74
3.1.4 Penatalaksanaan.....	77
3.1.5 Analisa Data	80
3.2 Diagnosa Keperawatan	85
3.3 Perencanaan Keperawatan.....	86
3.4 Implementasi Keperawatan	96
3.5 Evaluasi Keperawatan	110
3.6 Ringkasan Keluar	124
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	126
4.1 Pengkajian Keperawatan	126
4.2 Diagnosa Keperawatan	127
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan	129
4.4 Implementasi Keperawatan	130
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	134
BAB V PENUTUP.....	133
5.1 Kesimpulan	133
5.2 Saran	135

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Hernia	15
Gambar 2.2	Anatomi Hernia	16
Gambar 2.3	Relaksasi Genggam Jari	54

DAFTAR SKEMA

No Gambar	Judul	Halaman
Skema 2.1	WOC Pre dan Post operasi hernia	20

DAFTAR TABEL

No Gambar	Judul	Halaman
Tabel 2.1	Rencana Keperawatan Pre Operasi Hernia	35
Tabel 2.2	Rencana Keperawatan Post Operasi Hernia	47
Tabel 3.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	71
Tabel 3.2	Pola Aktivitas Dan Latihan	73
Tabel 3.3	Tanda-Tanda Vital	74
Tabel 3.4	Pemeriksaan Fisik	74
Tabel 3.5	Pemeriksaan Laboratorium	77
Tabel 3.6	Penatalaksanaan Pre Operasi Hernia	77
Tabel 3.7	Penatalaksanaan Post Operasi Hernia	78
Tabel 3.8	Penatalaksanaan Perawatan Invasif Pre dan Post Operasi Hernia	79
Tabel 3.9	Analisa Data Pre Operasi Hernia	80
Tabel 3.10	Analisa Data Post Operasi Hernia	82
Tabel 3.11	Diagnosa Keperawatan Pre Operasi Hernia	85

Tabel 3.12	Diagnosa Keperawatan Post Operasi Hernia	85
Tabel 3.13	Rencana Keperawatan Pre Operasi Hernia	86
Tabel 3.14	Rencana Keperawatan Post Operasi Hernia	91
Tabel 3.15	Implementasi Keperawatan Pre Operasi Hernia	97
Tabel 3.16	Implementasi Keperawatan Post Operasi Hernia	99
Tabel 3.17	Evaluasi Keperawatan Pre Operasi Hernia	111
Tabel 3.18	Evaluasi keperawatan Post Operasi Hernia	114

DAFTAR LAMPIRAN

No Gambar	Judul
Lampiran 1	Dokumentasi Kegiatan
Lampiran 2	Lembar Konsul
Lampiran 3	Biodata

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga bagian terlemah dari bagian muskuloaponeurotik dinding perut, hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Semua kasus hernia terjadi melalui celah lemah atau kelemahan yang potensial pada dinding abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen yang berulang atau berkelanjutan (Fadjriansyah et al, 2019). Secara umum hernia sering terjadi pada orang yang sudah lanjut usia, karena pada usia lanjut dinding otot polos abdomen sudah lemah, sehingga sangat berpeluang terjadinya hernia. Penyakit hernia disebabkan karena mengkonsumsi makanan kurang serat, yang menyebabkan konstipasi sehingga mendorong mengejan saat defekasi dan mengangkat beban berat (Ria, 2016).

Hernia lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita. Karena pekerjaan yang dilakukan pria lebih berat dari pada wanita. Umumnya penderita dan masyarakat mengatakan bahwa penyakit hernia adalah penyakit turun berok, kelingsir, serta adanya benjolan di daerah selangkangan atau kemaluan. Bila penyakit ini dibiarkan dan bertambah parah maka akan dapat menyebabkan kematian (Romadhon dan Wicaturatmashudi, 2014).

Berdasarkan data yang diperoleh dari World Health Organization, pada tahun 2016 prevalensi pasien Hernia adalah 350 per 100 populasi penduduk. Penyebaran Hernia paling banyak berada di negara berkembang seperti negara- negara di Afrika dan Asia Tenggara termasuk Indonesia, dan pada

tahun 2017 terdapat sekitar 50 juta kasus degenerative salah satunya adalah Hernia, dengan insiden di Negara maju sebanyak 17% dari 1000 populasi penduduk, sedangkan beberapa negara di Asia menderita penyakit Hernia berkisar 59% (WHO, 2017).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Daerah pada tahun 2017 di Indonesia Hernia merupakan penyakit urutan kedua setelah batu saluran kemih sebanyak 2.245 kasus Hernia. Proporsi Hernia di Indonesia didominasi oleh pekerja berat sebesar 70,9% (7.347), terbanyak terdapat di Banten 76,2% (5.065) dan yang terendah di Papua yaitu 59,4% (2.563). Di Indonesia angka infeksi untuk luka bedah mencapai 2,30% sampai dengan 8,30% (Riskesdas, 2018).Hernia memiliki faktor- faktor yang dapat memperberat bagi pasien antara lain yaitu peningkatan intra-abdomen (batuk kronis, konstipasi, asites, angkat beban berat dan keganasan abdomen) dan kelemahan otot dinding perut (usia tua,kehamilan, prematuritas, pembedahan insisi, overweight dan obesitas). Jika sudah terjadi faktor- factor di atas, maka akan terjadi gangguan mobilitas fisik pada penderitanya (Gokce, 2016).

Hernia dapat mengakibatkan berbagai komplikasi yang parah dan mengganggu kesehatan bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia.Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi lubangnya usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, atau peritonitis, perlekatan, hernia irreponibel, terjadinya jepitan menyebabkan iskemia, infeksi yang dapat menimbulkan nekrosis, obstipasi. Sebanyak 20% sampai 35% yang mengalami komplikasi akibat hernia, diantaranya abses lokal sebanyak 7%,

peritonisitis 129%, hernia irreponibel 8%, nekrosis 9% dari jumlah kejadian hernia (Rihantoro, 2017).

Tindakan yang biasanya dilakukan dalam penatalaksanaan hernia yaitu dengan penggunaan sabuk hernia atau pembedahan yaitu herniotomy dan herniorraphy (Nuari, 2015). Dampak kesehatan yang ditimbulkan pada klien yang di lakukan herniotomy maupun herniorafi diantaranya nyeri, gangguan mobilisasi, intoleransi aktivitas, dan resiko terjadinya infeksi, penurunan peristaltic usus, penurunan dieresis, dan nyeri sekitar luka post operasi yaitu sekitar perut (Sumaryati dkk, 2018).

Hernia inguinalis lateralis yang perlu dilakukan oprasi adalah hernia dengan komplikasi inkarserata dan bernia strangulate. Oprasi yang dilakukan untuk mengatasi hal tersebut terdiri dari herniatomy dan herniorafi (Litowiyono, 2016). Dampak kesehatan yang ditimbulkan pada klien yang di lakukan herniotomy maupun herniarafi diantaranya nyeri, gangguan mobilisasi, intoleransi aktivitas, dan resiko terjadinya infeksi, penurunan peristaltic usus, penurunan dieresis, dan nyeri sekitar luka post operasi yaitu sekitar perut (Litowiyono, 2010).

Angka kejadian Hernia di RSUD Curup pada tahun 2019 penyakit hernia kembali meningkat dari tahun sebelumnya yaitu menjadi 101 kasus dan menjadikan penyakit hernia menduduki posisi ke-2 penyakit yang sering di derita di ruangan anggrek RSUD Curup. sedangkan rawat jalan poliklinik bedah RSUD Curup mencapai 104 kasus dan menepati posisi ke-5. Dan di tahun 2020 penyakit hernia kembali turun menjadi berkisar 40 kasus dan

masih menduduki posisi ke-2 yang sering dirawat di ruangan anggrek RSUD Curup dan dipoli klinik bedah RSUD Curup penyakit hernia yang rawat jalan mencapai 183 kasus dan menempatkan di posisi ke 4 daftar 10 besar poli klinik bedah RSUD Curup.

Salah satu strategi yang dapat dilakukan perawat untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis adalah terapi relaksasi genggam jari. Teknik relaksasi genggam jari adalah relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Relaksasi genggam jari menghasilkan implus yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan gerbang tertutup sehingga stimulus pada korteks serebri dihambat dan dikurangi akibat counter simulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah dan mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dulu dan lebih banyak mencapai otak (Pinandita, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian Becti (2019) terjadinya penurunan skala nyeri dari skala 7 menjadi 2 selama 3 hari perawatan dengan dilakukan tindakan keperawatan dengan teknik relaksasi genggam jari terbukti menurunkan nyeri post operasi herniotomi di Rumah sakit PKU Muhammadiyah Delanggu, Jawa Tengah. Teknik relaksasi genggam jari didapatkan bahwa skala nyeri berkurang dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan, TTV dalam batas normal, klien dapat tidur dengan nyaman.

Hasil Survey yang dilakukan di rumah sakit curup tindakan teknik relakasasi genggam jari untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien Pre dan

Post Operasi Hernia sudah pernah dilakukan. Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien Pre dan Post Operasi Hernia dengan memperkenalkan teknik relaksasi genggam jari untuk menurunkan tingkat nyeri, sehingga pasien dapat menerapkan secara mandiri dirumah.

Peran perawat sangat penting sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Intervensi yang direncanakan untuk mengatasi masalah pada pasien dengan post operasi hernia diantaranya adalah manajemen nyeri, manajemen luka operasi dan pemenuhan kebutuhan ADL. Pemberian asuhan keperawatan yang tepat akan meningkatkan tingkat keberhasilan perawatan pasien hernia.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Pre dan Post Operasi Hernia melalui proses pengkajian, intervensi, implementasi terutama penerapan teknik relaksasi genggam jari, dan evaluasi secara komprehensif di ruang rawat inap anggrek " RSUD Curup Tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post op hernia di ruangan anggrek RSUD curup?

1.3 Tujuan Studi Kasus

a. Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien post operasi hernia di RSUD curup

b. Tujuan Khusus

1. Dapat melakukan pengkajian pada klien post operasi hernia di RSUD curup
2. Dapat membuat rencana keperawatan pada klien post operasi hernia di RSUD curup
3. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di buat
4. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
5. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan

1.4 Manfaat Studi Kasus

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain :

a. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri. Salah satunya yaitu penerapan terapi tarik napas dalam untuk menurunkan skala nyeri.

b. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien pre dan post Hernia, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

c. Manfaat bagi institusi

1. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post Hernia di RS, terutama dalam menurunkan tingkat nyeri post operasi Hernia.

2. Pendidikan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien pre dan post Hernia di RS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hernia

2.1.1 Definisi

Hernia berasal dari bahasa latin, *herniae* adalah penonjolan isi suatu dinding rongga. Dinding rongga yang lemah itu membentuk kantong dengan pintu berupa cincin. Hernia bisa juga disebut dengan nama Burut, yaitu lubang atau robekan pada otot yang menutupi rongga perut di bawah lapisan kulit. Lubang ini memungkinkan belitan usus menonjol keluar dan membentuk benjolan di bawah kulit (Masriadi, 2016).

Hernia adalah 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 (Nuruzzaman, 2019).

Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluaranya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup (Zahro, 2019).

Hernia adalah penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Berdasarkan terjadinya, hernia

dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia didapat atau akuisita. Berdasarkan letaknya, hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinal, umbilikalis, fermonalis (Dwi, 2018).

2.1.2 Etiologi

Menurut Zahro (2019), hernia dapat di jumpai pada segala usia, dan lebih banyak pada laki-laki. Penyebab utama terjadinya hernia adalah:

- a. Kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen.
- b. Adanya peningkatan tekanan intra abdomen Kelemahan otot yang dibawa, sejak lahir (congenital) merupakan salah satu factor utama yang menyebabkan terjadinya hernia, selain adanya peningkatan tekanan intra abdomen. Kelemahan otot memang tidak dapat dicegah, tetapi luntion yang rutin dapat meningkatkan kekuatan otot yang lemah.
- c. Kongenital Faktor resiko yang dapat menyebabkan hernia adalah Kegemukan dan Angkat berat, karena dapat meningkatkan tekanan intra abdomen.

Menurut Nuari (2015), Hernia inguinalis dapat terjadi karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat (akuistik). Hernia dapat dijumpai pada segala usia, dan lebih banyak pada laki-laki dan

pada perempuan. Penyebab lain yang memungkinkan terjadinya hernia adalah

1. Hernia inguinalis indirect, terjadi pada suatu kantongn kongenital sisa dan prosesus vaginalis.
2. Kerja otot yang terlalu kuat
3. Mengangkat beban yang berat
4. Batuk kronik
5. Mengejan sewaktu miksi dan defekasi

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Nuruzzaman (2019), klasifikasi hernia dibagi atas 3 yaitu berdasarkan letak berdasarkan sifat dan keadaannya, dan berdasarkan golongan adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan Letak
 - a. Hernia eksterna

Hernia yang tonjolannya tampak dari luar yaitu hernia inguinalis lateralis (indireek), hernia inguinalis medialis (direk), hernia femolaris, hernia umbilikalis, hernia supra umbilikalis dan hernia sikatrikalis.

- b. Hernia interna

Hernia yang tonjolannya tidak tampak dari luar yaitu hernia obturotorika, hernia diafragmatika, hernia foramen winslowi dan hernia ligament treitz.

2. Berdasarkan Sifat dan Keadaannya

a. Hernia reponibel

Bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mengedan dan masuk lagi bila berbaring atau di dorong masuk perut. Selama hernia masih reponibel, tidak ada keluhan nyeri atau obstruksi usus.

b. Hernia ireponibel

Bila isi kantong tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia

c. Hernia inkarserata atau strangulate

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

d. Hernia Interparietalis

Hernia Interparietalis yang kantongnya menjorok ke dalam celah antara lapisan dinding perut.

e. Hernia Insipiens

Hernia Insipiens yang membalut merupakan hernia indirect pada kanalis inguinalis yang ujungnya tidak keluar dari anulus eksternus.

f. Hernia Sliding

Kondisi spingter kardia membesar, yang memungkinkan satu bagian lambung melewati rongga torak. Pada Hernia sliding lambung atas dan pertemuan gastroesofagus berubah tempat kedalam torak.

3. Berdasarkan Regionya

a. Hernia inguinalis

Kondisi dimana penonjolan organ intestinal masuk ke rongga melali defek atau bagian dinding ang tipis atau lemah dari cincin inguinalis.

b. Hernia femolaris

Hernia femoralis pada lipat paha merupakan penonjolan kantong di bawah ligamentum inguinal di antara ligamentum lakunare di medial dan vena femoralis dilateral. Hernia ini sering ditemukan pada wanita dibanding laki - laki dengan perbandingan 2:1 dan pada umumnya mengenai remaja dan sangat jarang pada anak - anak.

c. Hernia umbilicus

Hernia umbilikalis umum pada bayi dan menutup secara spontan tanpa terapi khusus jika defek aponeurosis berukuran 1,5 cm atau kurang.

d. Hernia Paraumbilikus

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.

e. Hernia Hiatal

Hernia hiatal adalah esophagus masuk abdomen melalui lubang diafragma, dan mengosongkan diri pada ujung bawah keadaan bagian atas lambung.

f. Hernia Epigastrika

Hernia Epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan prosessus xifoideus.

g. Hernia lumbalis

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.

h. Hernia Littre

Hernia Littre yang sangat jarang dijumpai ini merupakan hernia berisi divertikulum Meckle. Sampai dikenalnya

divertikulum Meckle, hernia litre dianggap sebagai hernia sebagian dinding usus.

i. Hernia Spiegheli

Hernia Spiegheli adalah hernia vebtralis dapatan yang menonjol di linea semilunaris dengan atau tanpa isinya melalui fasia spieghel.

j. Hernia Perinealis

Hernia Perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fasia, lewat defek dasar panggul yang dapat terjadi secara primer pada perempuan multipara atau sekunder pascaoperasi pada perineum, seperti prostatektomi, reseksi rektum secara 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.

k. Hernia Ventralis

Hernia Ventralis adalah nama umum untuk semua hernia di dinding perut bagian anterolateral; nama lainnya adalah hernia insisional dan hernia sikatriks.

1. Hernia strotalis

Hernia skrotalis adalah Hernia yang melalui cincin inguinalis dan turun ke kanalis pada sisi funikulus spermaticus.



Gambar 2.1 Hernia

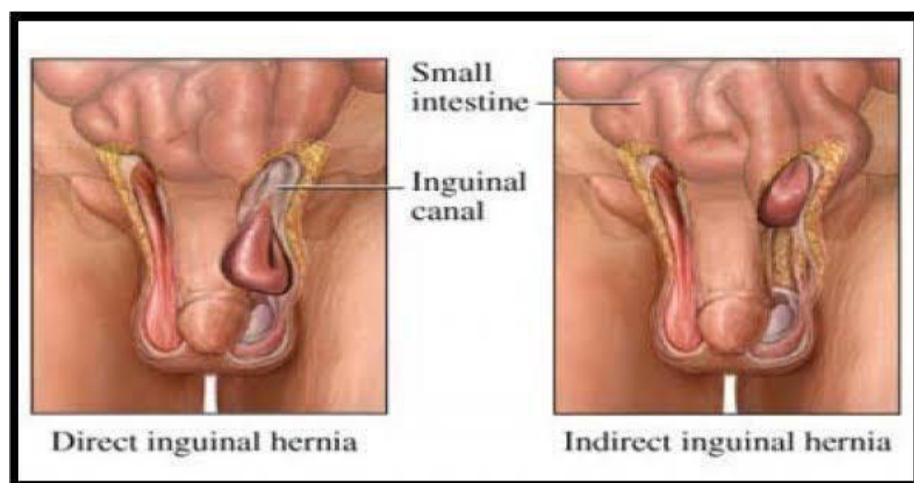
2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada umumnya keluhan orang dewasa berupa benjolan di inguinalis yang timbul pada waktu mengedan, batuk atau mengangkat beban berat dan menghilang pada waktu istirahat berbaring. Pada inspeksi perhatikan keadaan simetris pada kedua inguinalis, skrotum, atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan simetris dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya, dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk, kadang cincin hernia dapat diraba berupa annulus inguinalis yang melebar (Subarjo,2017)

Tanda dan gejala menurut Adi dan Wulandari (2017) antara lain :

- 1) Tanpa benjolan dilipatan paha
- 2) Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai dengan rasa mual.
- 3) Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas
- 4) Hernia femolaris kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah), benjolan dibawah paha.
- 5) Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.

2.1.5 Anatomi Fisiologi Hernia



Gambar 2.2 Anatomi Hernia

Musculus rectus abdominis, musculus, obliquus abdominis internus, musculus transversus abdominis bagian dari otot-otot dinding perut. Kanalis inguinalis terjadi bahwa descensus testiculorum, diantara testis tidak bisa menembus dinding perut melainkan menolak dinding

ventral perut ke depan. Saluran ini berjalan dari kranio-lateral ke medio-kaudal, sejajar ligamentum inguinalis, panjangnya : + 4 cm. (Brunner & Suddarth, 2000) Kanalis inguinalis dipisahkan di kraniolateral oleh anulus inguinalis intemus yang menyebabkan bagian terbuka dari fasia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis di medial bawah, di atas tuberkulum pubikum.

Kanal ini dipisahkan oleh anulus ektermus. Atap yaitu aponeurosis musculus ablikus eksternus dan awalnya menjadi ligamentum inguinal. Kanal berisi tali cairan sperma serta sensitibilitas kulit regio inguinalis, tungkai atas bagian proksimal skrotum dan sebagian kecil kulit (Martini, H 2011). Dalam kondisi pergerakan otot dinding perut, bagian yang menghalangi anulus intemus unat kendur. Pada kondisi itu tekanan intra abdomen tidak meningkat dan kanalis inguinalis melangkah melalui vertikal. Sebaiknya jika otot dinding perut terjadi penekanan kanalis inguinalis melangkah lebih transversal dan anulus inguinalis tertutup sehingga dapat menghambatmasuknya usus melalui rongga kanalis inguinalis.

Pada orang yang sehat ada tiga mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur musculus oblikus intemus abdominis yang menutup anulus inguinalis intemus ketika bertekanan dan adanya fasia transversal yang kuat bisa menutupi triganum hasselbaeh yang umumnya hampir tidak

berotot sehingga adanya gangguan yang terjadi di mekanisme ini dapat mengakibatkan terjadinya hernia inguinalis (Martini, H 2011).

2.1.6 Patofisiologi

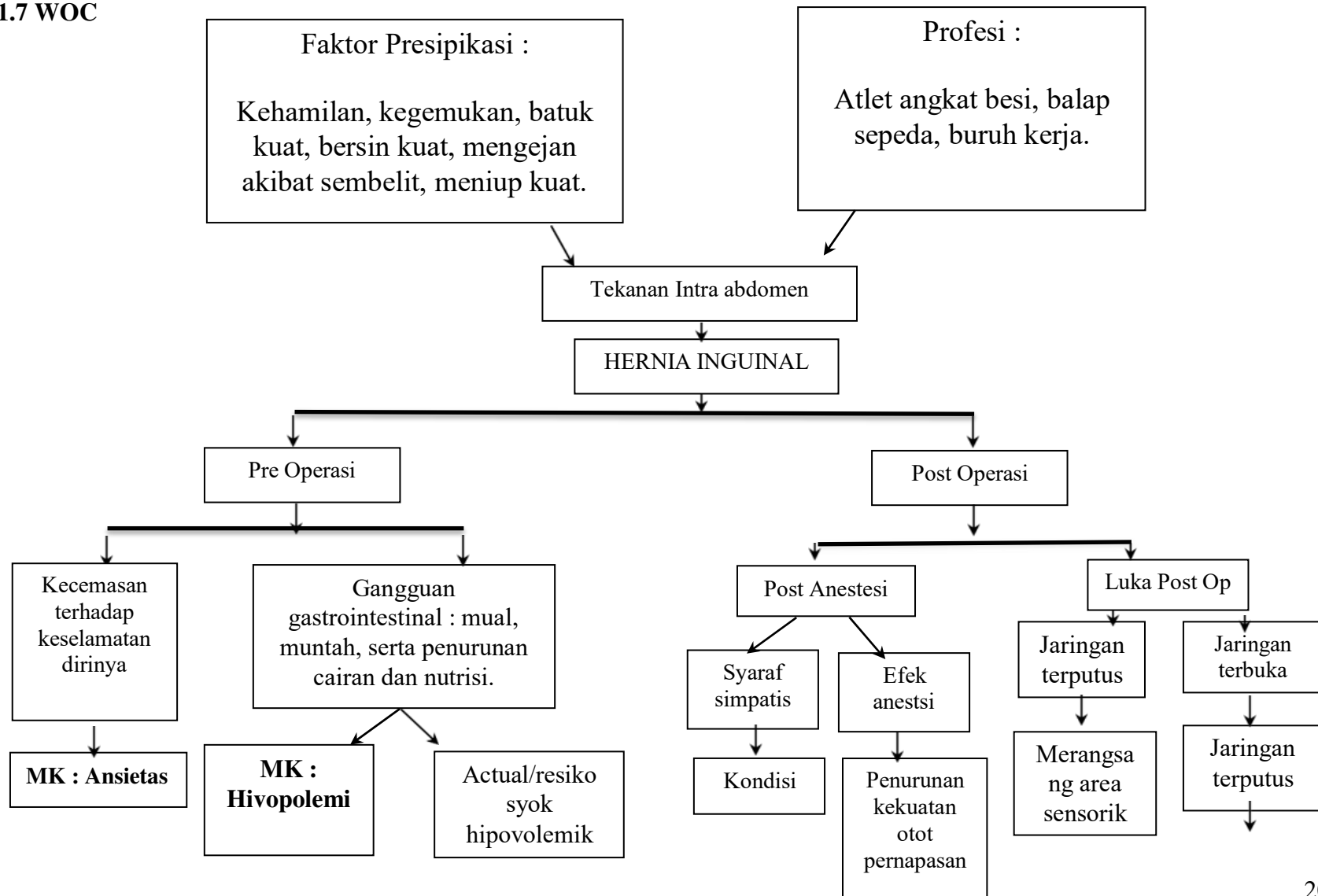
Penyebab terjadinya hernia karena adanya kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen, kegemukan, dan mengangkat beban yang terlalu berat sehingga terjadi peningkatan tekanan intra abdomen. Tekanan intraabdominal meningkat yang menyebabkan isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali dan terjadilah penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarserata dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses local, peritonitis (Zahro, 2019).

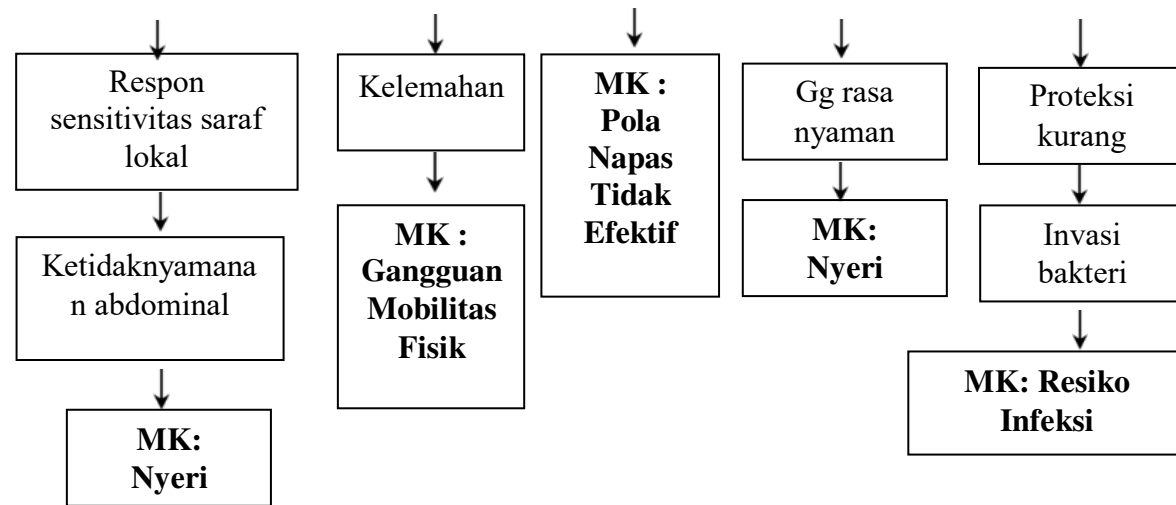
Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Prosedur bedah akan mengakibatkan hilang cairan, hal ini karena kehilangan darah dan kehilangan cairan yang tidak terasa melalui paru-paru dan kulit. Insisi bedah mengakibatkan pertahanan primer tubuh tidak adekuat (kulit rusak, trauma jaringan, penurunan kerja silia, staris cairan tubuh). Luka bedah sendiri juga merupakan jalan masuk bagi organisme patogen sehingga sewaktu-waktu dapat terjadi infeksi, Rasa nyeri timbul pada semua jenis operasi, karena terjadi torehan,

tarikan, manipulasi jaringan dan organ. Dapat juga terjadi karena kompresi/stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena ischemi jaringan akibat gangguan suplai darah ke salah satu bagian, seperti karena tekanan, spasme otot atau hematoma. Sehingga terjadi masalah nyeri akut dan resiko infeksi (Adi & Wulandari, 2017).

Prosedur bedah akan mengakibatkan terjadinya luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan kerusakan integritas kulit yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mengurangi pergerakan dan resiko infeksi. Setelah dilakukan pembedahan klien akan mengalami kerusakan spasme otot akibat terputusnya jaringan saraf dan dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak serta menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga timbulah masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Nuari, 2015).

2.1.7 WOC





(Nuratif dan kusuma, 2016 dan Aspiani 2017)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nuari (2015), dan Menurut Bararah dan Jauhar (2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dengan pasien hernia adalah

a. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi daerah inguinal dan femoral

Suruh pasien memutar kepalanya ke samping dan batuk atau mengejan. Lakukan inspeksi daerah inguinal dan femoral untuk melihat timbulnya benjolan mendadak selama batuk, yang dapat menunjukkan hernia.

2) Palpasi daerah inguinal

Dilakukan dengan meletakkan jari telunjuk kanan pemeriksa di dalam skrotum di atas testis kiri dan menekan kulit skrotum ke dalam

Adapun pemeriksaan diagnosik yang bias dilakukan adalah sebagai

berikut:

1) Foto ronsen spinal

2) Elcktromiografi, dapat menunjukkan lokasi lesi meliputi bagian saraf spinal

3) Venogram epidural

4) Fungsi lumbar functur, untuk mengetahui kondisi infeksi dan kondisi senebro spinal

5) Tanda lesoque (tes dengan amengangkat kaki lurus ke atas)

6) Sean CT lumbosacral, dapat memperlihatkan letal disk protusion

7) MRI, dapat memperlihatkan perubahan tulang dan jaringan lumbar divertebrasi serta herniasi

- 8) Mielogram, dapat menunjukkan lokasi lesi untuk menegaskan pemeriksaan fisik sebelum pembedahan
 - 9) Epidural venogram, untuk menunjukkan lokasi herniasi
- b. Pemeriksaan darah
- 1) Lekosit, peningkatan jumlah lekosit mengindikasikan adanya infeksi
 - 2) Hemoglobin yang rendah dapat mengarah pada anemia atau kehilangan darah
 - 3) Hematokrit peningkatan hematokrit mengindikasikan dehidrasi
 - 4) Waktu koagulasi mungkin diperpanjang, mempengaruhi hemostasis intraoperasi atau pascaoperasi
- c. Urinalisis
- SUN, Creatinin, munculnya SDM atau bakteri mengindikasikan infeksi
- d. EKG
- Untuk mengetahui kondisi jantung

2.1.9 Terapi dan Penatalaksanaan

Menurut Amin dan Kusurna (2015) penatalaksanaan yang diberikan pada Hernia adalah sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan pre operasi

Pemeriksaan pra operasi merupakan hal yang mutlak dalam setiap operasi. Berikut ini hal-hal yang perlu diperiksa sebelum operasi dilaksanakan (Imam, 2009)

a. Anamnesis dan pemeriksaan

Lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui permasalahan yang ada dan yang diperkirakan dapat muncul selama operasi. Hal yang perlu ditanyakan kepada pasien yaitu : keluhan pasien, apakah pasien memiliki riwayat penyakit,

b. *Informed consent*

Informed consent berarti persetujuan yang diberikan perawat atau tenaga kesehatan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan. Setiap tindakan medis memerlukan persetujuan atas penjelasan (PaP) baik secara lisan maupun tulisan.

c. Puasa

Puasa termasuk salah satu persiapan operasi, pasien yang akan menjalani operasi selalu memiliki resiko untuk aspirasi cairan lambung.

d. Pencegahan infeksi

Semua tindakan invasif memiliki resiko, besar ataupun kecil, kemasukan kuman kedalam jaringan tubuh pasien sehingga dapat menyebabkan terjadinya infeksi dengan segala komplikasinya. Operasi ginekologi pun demikian. Sehingga upaya-upaya pencegahan infeksi harus dilakukan dengan lengkap dan teliti untuk menekan resiko terjadinya infeksi post operasi. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu, pemberian

antibiotik profilaksis, suplementasi oksigen, menjaga suhu tubuh pasien, memperbaiki gizi.

e. Persiapan kulit

Sebelum operasi dilakukan, beberapa persiapan kulit perlu dilakukan. Persiapan kulit berupa pencukuran rambut pada bagian yang akan dilakukan pembedahan dilakukan 24 jam sebelum operasi.

f. Persiapan kandung kencing dan ureter

Pasien yang akan menjalani operasi akan dipasang *folley catheter* hal ini bertujuan untuk mencegah overdistensi dari kandung kemih karena akan mempengaruhi fungsi kandung kemih.

2. Konservatif yaitu

Terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia inguinalis. Reposisi tidak dilakukan pada hernia strangulate, kecuali pada pasien anak-anak. Reposisi dilakukan secara bimanual, tangan kiri memegang isi hernia membentuk cocor sedangkan tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan tekanan lambat tapi menetap sampai terjadi reposisi. Dilakukan dengan menidurkan pasien dengan pemberian sodatif dan kompres es diatas hernia. Bila reposisi ini berhasil pasien disiapkan untuk oprasi besok harinya. Jika reposisi

hernia tidak berhasil, dalam waktu enam jam harus dilakukan operasi segera. Adapun tindakannya terdiri atas:

1) Reposisi

Tindakan memasukkan kembali isi hernia ketempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini di hanya dapat di lakukan pada hernia repobilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi. Tindakan ini terkadang dilakukan pada hernia irepobilis apabila pasien takut operasi, yaitu dengan cara: bagian hernia di kompres cingin, pendenta di beri penenang valium 10 mg agar tidur, pasien diposisikan trandelenberg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa,segera lakukan operasi.

2) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar Hernia, yang menyebabkan pintu Hernia mengalami sklerosis atau penyempitan sehingga isi Hernia keluar dari kavum peritoneum

3) Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang Hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

3. Operasi

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada Hernia reponibilis, Hernia irreponitbilis, Hernia strangulasi dan Hernia inkarserata. Operasi Hernia ada 3 macam:

a. Herniotomy

Membuka dan memotong kantong Hernia serta mengembalikan isi Hernia ke kavum abdominalis.

b. Hemioraphy

Mulai dari mengangkat leher Hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas musculus obliquus ntra abominalis dan musculus tranversus abdominal yang beresiko di fuberculum pubicum).

c. Hermioplasty

Menjahitkan conjoint tendon pada ligementum inguinale agar LMR hilang/tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. Hemioraphy pada Hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (Ferguson, Bassini, halsi, hernioplasty, pada Hernia inguinalis media dan Hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc .Vay).

4. Penatalaksanaan Post operasi

- a. Post operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.

- b. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar dinding abdomen tidak tegang.
- c. Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis serta mengejan.
- d. Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkat barang yang berat.
- e. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen (Lakukan pergerakan ROM
- f. Setelah dilakukannya tindakan pembedahan maka dilakukan perawatan luka dan penderita makan dengan diit tinggi kalori dan protein

5. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi dimulai dengan pemberian antacid (Mylanta, Maalox, Gaviscon). Bila manifestasi berat dan menetap, klien diberikan antagonis reseptor histamine seperti ranitidine (Zantac) atau famotidin (Pepcid). Obat-obatan lain, Bethanchol (Urecholine) adalah obat koligernik yang meningkatkan sekresi asam lambung (harus diberikan sebelum makan). Metoklopramid (raglan) yang meningkatkan tekanan SEB dengan merangsang otot polos saluran gastrointestinal dan meningkatkan kecepatan pengosongan lambung.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Masriadi (2016), pengkajian keperawatan pada klien hernia adalah sebagai berikut :

1. Data Subjektif

a. Data Umum

Identitas klien (nama, umur, agama, tempat tinggal, status pendidikan,dll) dan penanggung jawab klien

b. Keluhan Utama

Pada anamnesis keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sesudah pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien, dapat digunakan metode PGRST.

1) *Provoking Incident*

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang mengalami prosedur pembedahan.

2) *Quality of Pain*

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien.

3) *Region, Radiation* dan *Relief*

Area yang dirasakan nyeri pada klien. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

4) *Severity (scale) of Pain*

Biasanya klien Hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan 5-7 dari skala 1-10.

5) *Time*

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk.

c. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, dan nyeri disekitar paha dalam maupun tertis, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta kelelahan pasca nyeri sering didapatkan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji antara lain penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian peroperasi serta aktivitas (khususnya pekerjaan) yang mengangkat beban berat juga mempunyai resiko terjadi hernia.

e. Pola fungsi kesehatan

1) Pola nutrisi dan cairan

Pre Operasi

Klien mengalami hernia biasanya mempunyai kebiasaan mual, muntah, anoreksia, obesitas merupakan salah satu predisposisi hernia.

Post Operasi

Apakah klien mengalami anoreksia, mual, muntah, membran mukosa kering, dan turgor kulit bunk.

2) Pola Eliminasi

Pre Operasi

Apakah klien mengalami konstipasi, adanya inkontinesia atau retensi urine.

Post Operasi

Apakah klien mengalami perubahan karakteristik urine dan feses, ketidakmampuan defekasi, konstipasi, penurunan pengeluaran urine, menurunnya peristaltik/bising usus.

3) Pola Aktivitas/Istirahat

Pre Operasi

Klien dilakukan anamnesa mengenai riwayat pekerjaan, mengangkat beban berat, duduk dan mengemudi dalam waktu lama, membutuhkan papan matras untuk tidur. Pada pemeriksaan fisik klien mengalami penurunan rentang gerak, tidak mampu melakukan aktivitas yang biasa, atrofi otot, gangguan dalam berjalan.

Post Operasi

Apakah klien mengalami kelemahan, merasa lemas, lelah, tirah baring, penurunan kekuatan otot, kehilangan tonus otot, dan letargi.

2. Data objektif

- a. Tanda-tanda Vital : pada penderita hernia biasanya tanda-tanda vital dalam batas normal.
- b. Keadaan Umum : klien biasanya merasakan kelemahan fisik
- c. Tingkat kesadaran : composmetris
- d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Rambut : termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut.

Kulit kepala : termasuk benjolan atau lesi.

Wajah : pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri

2) Mata

Mata tampak cekung (kekurangan cairan)., sclera ikterik, konjungtiva merah muda.

Pupil: miosis, midrosis, atau anisokor

3) Telinga

Daun telinga masih simetris kanan dan kiri, gendang telinga tidak tertutup, seumen berwarna putih keabuan dan masih dapat bervibrasi dengan baik apabila tidak mengalami ineksi skunder. Pengkajian terhadap pendengaran terhadap bisikan maupun tes garputala dapat mengalami penurunan

4) Hidung

Tidak terjadi pembesaran polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza

5) Mulut dan faring

Bibir : sianosis, pucat (biasanya penderita hernia mengalami mual muntah karena adanya tekanan intra abdomen).

Mukosa oral : lembab atau kering. Langit- langit mulut : terdapat bercak keputihan karena pasien mengalami penurunan kemampuan personal hygiene akibat kelemahan fisik.

6) Thoraks dan paru

Frekuensi pernafasan yang terjadi pada penderita hernia biasanya dalam batas normal (16-20 kali permenit). Dengarkan pernafasan pasien apabila terdengar stridor pada obstruksi jalan nafas, mengi apabila penderita sekaligus mempunyai riwayat asma atau bronchitis kronik

7) Dada

Inspeksi : dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retruksi inspirasi abdomen.

Palpasi : adanya nyeri tekan atau tidak.

Perkusi : dalam batas normal, pekak terjadi apabila cairan atau jaringan padat menggantikan bagian paru yang normalnya terisi udara (terjadi apabila penyakit lain seperti efusi pleura, tumor atau pasca penyembuhan TBC).

Auskultasi : bunyi nafas vasikular, bronco vasikular (dalam keadaan normal)

8) Abdomen

Pemeriksaan fisik pada hernia inguinal lateralis fokus pada pemeriksaan abdomen. Yang di dapatkan :

Inspeksi : Terihat benjolan di region inguinalis ang berjalan dari lateral ke medial, tonjolan berbentuk lonjong.

- Palpasi :Kantong hernia yang kosong kadang dapat diraba pada fenikulus spermatikus sebagai gesekan dua permukaan sutera, tanda ini disebut sarung tanda sarung tangan Sutera.Kantong hernia yang berisi mungkin teraba usus, omentum (seperti karet), atau ovarium.Dalam hal ini hernia dapat direposisi pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien mulai mengejan kalau hernia menyentuh ibu jari berarti hernia inguinalis lateralis.
- Perkusi : Bila didapatkan perkusi perut kembung maka harus dipikirkan kemungkinan hernia, hipertimpani, terdengar pekak.
- Auskultasi : Hiperperistaltis di dapatkan pada auskultasi abdomen pada hernia yang mengalami obstruksi usus.

9) Integument

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, kemerahan (luka pembedahan pada abdomen)

10) Genetalia

Inspeksi mengenai warna, kebersihan, benjolan seperti lesi, massa dan tumor

11) Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktiitas karena adanya nyeri ang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

Kekuatan otot :

0: lumpuh

1: ada kontraksi

2: melawan gravitasi dengan sokongan

3:melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan

4: melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5: melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap pre operasi menurut Brunner (2014) mencakup :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi.
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Post operasi menurut Nuratif dan Kusuma (2016), yaitu :

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, kecemasan, penurunan kekuatan otot
4. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

2.1 Tabel Rencana keperawatan pre operasi hernia

No	Diagnosa keperawatan (Standar Diagnosa Keperawatan indonesia)	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</p> <p>a. dipertahankan pada level...</p> <p>b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 	<p>Intervensi utama :</p> <p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 	<p>Intervensi kedua :</p> <p>SIKI : Terapi relaksasi (teknik genggam jari) I.09326</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.

		<p>3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Muntah menurun (5) 7. Mual menurun (5) 8. Frekuensi nadi membaik (5) 9. Pola nafas membaik</p>	<p>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping</p>	<p>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa</p>
--	--	--	--	---

		(5) 10. Tekanan darah membaik (5)	<p>penggunaan analgetik Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan 	<p>gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan
--	--	---	---	---

			<p>strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik tarik nafas dalam) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian 	<p>medis lainnya, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi genggam jari) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau
--	--	--	--	--

			analgetik, jika perlu	<p>melatih teknik yang dipilih</p> <p>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi genggam jari)</p>
2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p>SLKI : Status Cairan L.03028</p> <p>a. dipertahankan pada level...</p> <p>b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 	<p>Intervensi utama :</p> <p>SIKI : Manajemen Hipovolemia I.03116</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensinadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi 	<p>Intervensi kedua :</p> <p>SIKI : Pemantauan Cairan I.03121</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor elastistis atau turgor kulit 5. Monitor intake dan

		<p>3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <p>1. Turgor kulit (5) 2. Output urine (5) 3. Perasaan lemah (5) 4. Membrane Mukosa (5) 5. Intake cairan (5)</p>	<p>menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volme urin menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)</p> <p>2. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi <i>modified Trendelenburg</i> 3. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p>	<p>output cairan</p> <p>6. Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. Frekuensi nadi, tekanan darahmenurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit kering, berat badan badan menurun dalam waktu singkat)</p> <p>7. Identifikasi faktor resiko ketidakseimbangan cairan (mis. Prosedur pembedahan mayor, trauma/pendarahan. Luka bakar, penyakit ginjal atau kelenjar, disfungsi intestinal)</p>
--	--	---	--	--

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCL 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasi hasil pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan
--	--	--	--	--

			Albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah	
3.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p>SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</p> <ol style="list-style-type: none"> dipertahankan pada level... Ditingkatkan pada level... <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurun Cukup menurun Sedang Cukup meningkat Meningkat 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan 	<p>Intervensi kedua :</p> <p>SIKI : Terapi relaksasi (genggam jari) I.09326</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan

		<p>Dengan Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 2. Perilaku gelisah menurun (5) 3. Perilaku tegang menurun (5) 4. Frekuensi nafas menurun (5) 5. Frekuensi nadi menurun (5) 6. Tekanan darah menurun (5) 	<p>psikologis)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati) 2. Fasilitasi pemeriksaan penunjang (mis. Foto toraks, pemeriksaan x-ray) 3. Puaskan minimal 6 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika
--	--	---	---	--

			<p>jam sebelum pembedahan</p> <p>4. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh</p> <p>5. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan</p> <p>6. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium)</p> <p>7. Transfer ke kamar</p>	<p>memungkinkan</p> <p>7. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik</p> <p>8. Gunakan pakaian longgar</p> <p>9. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>10. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p>
--	--	--	---	---

			<p>operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis.kursi roda, tempat tidur)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 3. Latih teknik batuk efektif 4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan 5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (teknik relaksasi genggam jari) 8. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 9. Anjurkan mengambil posisi nyaman 10. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 11. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 12. Demonstrasikan dan
--	--	--	---	---

			<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik) 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien 3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi 	<p>latih teknik relaksasi (teknik relaksasi genggam jari)</p>
--	--	--	---	--

			4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah	
--	--	--	--	--

2.2 Tabel Rencana keperawatan Post operasi hernia

No	Diagnosa keperawatan (Standar Diagnosa Keperawatan indonesia)	Rencana Tindakan Keperawatan		
		Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)	
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam pola napas membaik. SLKI : Pola Napas L.01004 a. Dipertahankan pada level... b. Ditingkatkan pada level... Deskripsi Level	Intervensi utama : SIKI : Menejemen Jalan Napas I. 01011 Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas	intervensi kedua : SIKI : Terapi Oksigen I.01026 Obsevasi 1. Monitor kecepatan aliran oksigen 2. Monitor posisi alat terapi oksigen 3. Monitor aliran oksigen periodic

		<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. Penggunaan otot bantu napas (5) 2. Pernapasan cuping hidung (5) 3. Frekuensi napas (5) 4. Kedalaman napas (5) 	<p>tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical) 2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minum 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor efektifitas terapi oksigen mis. Oksimetri dan agd 5. Monitor tanda hipoventilasi 6. Monitor tanda dan gejala tokkskasi dann atelectasis 7. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan secret pada mulut, hidung, dan trakea 2. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Siapkan dan atur alat pemberian terapi oksigen
--	--	--	--	--

			<p>hangat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum 7. Penghisapan endotrakeal 8. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 9. Berikan oksigen, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tetap berikan oksigen pada saat pasien ditransportasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga cara menggunakan oksigen <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dosis oksigen 2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan tidur
--	--	--	---	--

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi. 2. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu. 	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang SLKI : Tingkat Nyeri L.08066	Intervensi utama : SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi,	Intervensi kedua : SIKI : Terapi relaksasi (Genggam Jari) I.09326 Observasi

	<p>a. Dipertahankan pada level...</p> <p>b. Ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</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. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat alergi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif. 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, penggunaan teknik sebelumnya. 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah
--	---	--	--

		<p>mengalami cedera berulang menurun (5)</p> <p>6. Muntah menurun (5)</p> <p>7. Mual menurun (5)</p> <p>8. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>9. Pola nafas membaik (5)</p> <p>10. Tekanan darah membaik (5)</p>	<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik napas dalam)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan,</p>	<p>latihan</p> <p>5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi autogenik</p> <p>3. Gunakan pakaian longgar</p>
--	--	---	--	--

			<p>pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgeti atau tindakan medis lainnya, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (teknik tarik napas dalam) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
--	--	--	--	--

			<p>menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik tarik nafas dalam)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (teknik relaksasi tarik nafas dalam)</p>
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik</p> <p>L.05042</p>	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Dukungan mobilisasi</p> <p>I.05173</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya</p>	<p>Intervensi kedua :</p> <p>SIKI : Edukasi Teknik Ambulasi</p> <p>I.12393</p> <p>Observasi</p>

		<p>a. dipertahankan pada level...</p> <p>b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</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. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Kecemasan menurun (5) 4. Gerakan terbatas 	<p>nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 4. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 2. Fasilitas melakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Monitor kemajuan pasien dalam ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi, media dan alat bantu jalan (mis. Tongkat, walker, truk) 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Beri kesempatan pada keluarga untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi dengan
--	--	---	--	--

		<p>menurun (5)</p> <p>5. Kelemahan fisik menurun (5)</p>	<p>pergerakan</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) 	<p>alat maupun tanpa alat bantu</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang memudahkan berjalan dan mencegah cedera 3. Anjurkan menggunakan sabuk pengaman saat transfer dan ambulasi, jika perlu 4. Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk ambulasi di rumah 5. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan ambulasi (
--	--	--	--	--

				<p>mis. Kekuatan otot, rentang gerak)</p> <p>6. Ajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi.</p> <p>7. Ajarkan memposisikan diri dengan tepat selama proses transfer</p> <p>8. Ajarkan teknik ambulasi yang aman</p> <p>9. Ajarkan berdiri dan ambulasi dalam jarak tertentu</p> <p>10. Demonstrasikan cara ambulasi tanpa alat bantu jalan</p>
--	--	--	--	--

				11. Demonstrasikan cara ambulasi menggunakan alat bantu (mis. Walker, kruk, kursi roda, cane)
3	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x 24 jam, diharapkan resiko infeksi dapat teratasi</p> <p>SLKI : TINGKAT INFEKSI (L.14137)</p> <p>a. dipertahankan pada level...</p> <p>b. ditingkatkan pada level...</p> <p>Deskripsi Level</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 	<p>Intervensi Utama</p> <p>SIKI Pencegahan infeksi I.14539</p> <p>Obsevasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala infeksi dan sistemik <p>Teraupeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikanperawatan kulit pada daerah edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah 	<p>Intervensi Kedua</p> <p>SIKI : PEMBERIAN OBAT (I.02062)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya alergi 2. Periksa tanggal kadaluarsa obat 3. Monitor tanda vital sebelum melakukan pemberian obat 4. Monitor efek terapeutik obat 5. Monitor efek samping

		<p>4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan (5) 2. Nyeri (5) 3. Bengkak (5) 4. Culture Urine (5) 	<p>melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. .pertahankan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi 	<p>obat</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan prosedur pemberian obat 2. Lakukan prinsip enam benar 3. Perhatikan jadwal pemberian obat 4. Buang obat yang sudah kadaluarsa 5. Fasilitasi minum obat 6. Dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jelaskan jenis obat dan alasan pemberian dan efek samping
--	--	---	---	--

				2. jelaskanfaktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan efektifitas obat
--	--	--	--	---

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif penulis menilai klien mengenai perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi aktif dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (*Subjektif, objektif, assement, Perencanaan*).

Teknik pelaksanaan SOAP :

S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilain, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan

A (*Assement*) adalah membandingkan antar informasi *subjektif* dan *objektif* dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi, teratasi sebagian dan masalah teratasi.

P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.3 Konsep teknik relaksasi genggam jari

2.3.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian (Data Base)

Berdasarkan hasil penelitian dari pinandita, dkk (2012) menunjukkan bahwa relaksasi genggam jari terbukti lebih efektif menjadi terapi kombinasi bersama terapi analgesic jika dibandingkan hanya terapi analgesic sebagai terapi tunggal menurunkan nyeri.

Berdasarkan hasil penelitian dari Arlina dan Ternando (2017) menunjukan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dalam menurunkan nyeri post operasi serta teknik relaksasi juga membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjasi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri.

Berdasarkan hasil penelitian Becti (2019) terjadinya penurunan skala nyeri dari skala 7 menjadi 2 selama 3 hari perawatan dengan

dilakukan tindakan keperawatan dengan teknik relaksasi genggam jari terbukti menurunkan nyeri post operasi herniotomi. Teknik relaksasi genggam jari didapatkan bahwa skala nyeri berkurang dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan, TTV dalam batas normal, klien dapat tidur dengan nyaman.

2.3.2 Pengertian Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari adalah relaksasi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Relaksasi genggam jari menghasilkan implus yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan gerbang tertutup sehingga stimulus pada korteks serebri dihambat dan dikurangi akibat counter simulasi relaksasi dan menggenggam jari. Sehingga intensitas nyeri akan berubah dan mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dulu dan lebih banyak mencapai otak (Pinandita, 2012).

Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energy didalam tubuh kita. Teknik genggam disebut juga *finger hold* (Arlina & Ternando, 2017).

2.3.2 Tujuan Teknik Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional.

Relaksasi genggam jari membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri Potter & Perry (2006).

2.3.3 Manfaat Teknik Relaksasi Genggam Jari

Relaksasi genggam jari salah satu teknik relaksasi yang dilakukan untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Emosi dapat digambarkan seperti gelombang energi yang mengalir didalam tubuh, pikiran, dan jiwa. Saat kita merasakan perasaan yang berlebihan, aliran energi yang didalam tubuh kita menjadi tersumbat dan tertahan, sehingga akan menghasilkan nyeri. Disepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai oragan dan emosi, dengan memegang setiap jari sambil bernafas dalam-dalam, kita dapat memperlancar aliran energi emosional dan perasaan kita untuk membantu jasmani dan penyembuhan (Adi, dkk, 2017).

2.3.4 Prosedur Terapi Relaksasi Genggam Jari

Teknik ini dilakukan pada pasien post operasi 6 jam setelah pasca pembedahan. Pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif saat dilakukan tindakan. Sebelum melakukan teknik relaksasi genggam jari ini lakukan pengkajian nyeri terlebih dahulu.



Gambar 2.3 Relaksasi Genggam Jari

Langkah-langkah melakukan teknik relaksasi genggam jari yaitu:

1. Meminta persetujuan pasien
2. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman
3. Siapkan lingkungan yang tenang
4. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan
5. Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari
6. Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai dan berikan privasi pada pasien
7. Kaji skala nyeri pasien dan dokumentasikan hasil
8. Pasien dalam posisi berbaring di tempat tidur
9. Perawat duduk disamping pasien
10. Minta pasien menarik napas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot

11. Menjelaskan tindakan dan tujuan dilakukannya teknik relaksasi genggam jari
12. Genggam jari dengan lembut, tidak keras, tidak menekan tapi genggam lembut seperti menganggam tangan bayi, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
13. Lakukan satu persatu pada jari tangan mulai dari ibu jari selama kurang lebih 2-3 menit
14. Lakukan hal yang sama untuk jari-jari lainnya dengan rentang waktu yang sama
15. Sesi selesai dengan menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien
16. Mendokumentasikan respon pasien

III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Tempat Praktek : Ruangan Bedah (Anggrek)
No.Register : 236954
Tanggal Pengkajian : 21 Juni 2022 Jam 20.00
Tanggal Masuk : 21 Juni 2022 Jam 19.00
Diagnosa Medis : Hernia

3.1.1 Identitas Klien

1. Identitas Klien

Nama Klien : Tn.N
Usia : 47 Tahun
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Alamat : Pasma Kelurahan Cawang Baru
Status Perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Suku bangsa : Rejang
Pendidikan : Sekolah Menengah Kejuruan (SMK)
Pekerjaan : Buruh Tani
Sumber Informasi : Pasien Dan Keluarga

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.S
Usia : 45 Tahun

Pendidikan : Sekolah Dasar (SD)
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga (IRT)
Alamat : Pasma Kelurahan Cawang Baru

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama MRS

Pre operasi hernia

Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bagian bawah sebelah kanan dan adanya benjolan pada selangkangan yang dirasakan hilang timbul saat berjalan maupun berdiri

Post operasi hernia

Keadaan umum klien 1 jam post operasi dalam kondisi tirah baring dan lemas, masih dalam pengaruh obat anestesi. Setelah 6 jam post operasi klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi bagian abdomen sinistra tertutup perban, nyeri muncul saat bergerak seperti ditusuk-tusuk dan berdenyut dengan skala nyeri sedang yaitu 6.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pre operasi hernia

Klien tampak meringis dan mengeluh sakit perut bagian kiri dan ada benjolan pada selangkangan, khawatir dengan proses pembedahan yang akan dilakukan.

P : Nyeri akibat ada benjolan pada selangkangan

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada daerah perut kanan dan skrotum

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Hilang timbul saat bergerak.

Post operasi hernia

Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat setelah 6 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya karena takut bekas operasinya terbuka.

P : Nyeri timbul saat bergerak

Q : Nyeri seperti disayat sayat dan berdenyut

R : Nyeri terdapat dibagian abdomen sinistra tertutup obsite

S : Skala nyeri sedang yaitu 6

T : Nyeri dirasakan saat bergerak

c. Keluhan kronologis

1) Faktor pencetus

Klien mengatani karena faktor pekerjaan yang sering mengangkat beban terlalu berat setiap hari.lama kelamaan klien merasakan nyeri setiap kali berdiri terlalu lama maupun berjalan

2) Timbulnya keluhan : Saat berdiri maupun berjalan

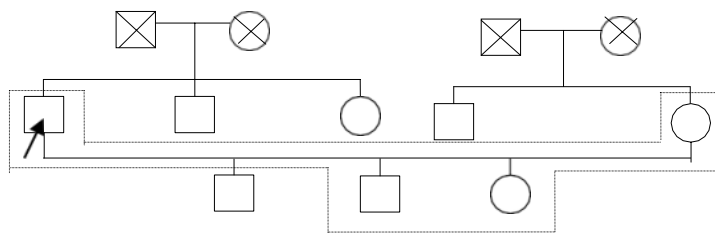
3) Lamanya : Tidak menentu kurang lebih 10 sampai 15 menit

- 4) Upaya mengatasi : Dengan duduk maupun berbaring
nyeri perlahan menghilang.

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

- a. Riwayat alergi : Tidak ada riwayat alergi
- b. Riwayat kecelakaan : Tidak ada riwayat kecelakaan
- c. Riwayat dirawat RS : Baru kali ini dirawat di RS
- d. Riwayat operasi : Baru kali ini mau di operasi
- e. Riwayat pemakaian obat : Tidak ada riwayat pemakaian obat
- f. Riwayat merokok : Klien merokok sejak masuk smp

3. Genogram



Keterangan

□ = Laki-laki ↗ = Klien ✕ = Meninggal

○ = Perempuan = Tinggal serumah

4. Riwayat psikososial

- a. Hubungan klien dengan keluarga : sangat baik
- b. Hubungan klien dengan klien lain : baik
- c. Dukungan keluarga terhadap klien : keluarga sangat mendukung agar klien segera sembuh
- d. Reaksi klien saat interaksi : klien dapat berinteraksi dengan baik

Pola hidup sehari-hari

Tabel 3.1 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Pre Operasi	Post Operasi
1.	Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	3x/hari 1 porsi Nasi + lauk pauk 9x/hari Air putih	Tidak berselera hanya diberi makanan ringan dan buah 10x/hari Air putih dan teh hangat	Pasien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa
2.	Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan 2. BAB	6x/hari Kuning jernih Tidak ada 2 x/hari	Urine dikosongkan terpasang cateter sebanyak 1x Tidak ada	Terpasang kateter 500cc x 5 jam Kuning jernih Tidak ada

	a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	Kuning kecoklatan Tidak ada	Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada	Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada
3.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Keluhan	2-3 jam 7-8 jam Tidak ada Posisi tidur	Tidak bisa tidur karena nyeri 3-4 jam Tidak ada Posisi tidur dan nyeri	Tidak bisa tidur 2-3 jam Tidak ada Lingkungan RS dan nyeri
4.	Personal Hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. waktu	2x/hari Pagi dan sore 3x/hari Pagi, sore dan malam 1x/hari pagi	Di lap dengan kain basah Pagi 1x/hari Pagi Tidak ada	Tidak dilakukan personal hygiene Tidak ada Tidak ada

5.	Aktivitas/istirahat			
a.	Jenis pekerjaan	Buruh tani	Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa	Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa
b.	Lama bekerja	Tidak menentu		
c.	Hobby	Memancing		
d.	Kegiatan waktu luang	Tidak menentu		
5.	Kebiasaan lain			
a.	Minuman keras	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
b.	Penggunaan obat-obatan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
c.	Psikotropika/narkotik	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 3.2 Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			▢		
Mandi			▢		
Toileting			▢		
Berpakaian			▢		
Mobilitas di tempat tidur			▢		
Berpindah/berjalan			▢		

Keterangan :

1 : Mandiri

3 : Alat bantu dan dibantu orang lain

2 : Alat bantu

4 : Tergantung total

2 : Dibantu orang lain

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

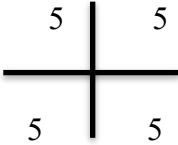
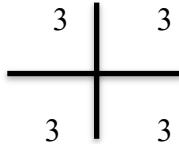
3.3 Tanda-Tanda Vital

	<i>Pre Operasi hernia</i>	<i>Post Operasi Hernia</i>
Tekanan Darah	130/80 mmHg	120/80 mmHg
Pernapasan	22 x/menit	21 x/menit
Nadi	80 x/menit	85 x/menit
Suhu	37,1°C	36,5°C
Urine	250 cc	250 cc

3.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	<i>Pre operasi hernia</i>	<i>Post operasi hernia</i>
Mata	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : Anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema
Hidung	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : Tidak ada	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : tidak ada
Mulut	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi:Kering dan pucat

	Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor	Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor
Leher	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada pembesaran Thyroid
Paru-paru	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler	Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan Palpasi : Tidak ada kelainan Perkusi : Sonor Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler
Cardiovaskuler	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Kanan atas ICS ke2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula	Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinitra dan dekstra Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula

	Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur	Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur
Abdomen	<p>Inpeksi : Tidak terdapat pembesaran dibagian abdomen</p> <p>Palpasi : Terdapat nyeri tekan</p> <p>Auskultasi :Bising usus 15 x/m</p>	<p>Inpeksi : Tidak ada pembesaran abdomen, adanya bekas luka operasi dibagian abdomen bawah kiri sepanjang ± 10 cm dengan 8 jahitan dan terpasang selang drine bagian abdomen sebelah kiri</p> <p>Palpasi : Terdapat nyeri</p> <p>Auskultasi : Bising usus 15 x/m</p>
Genetalia	Terdapat benjolan di bagian skrotum dan terpasang cateter	Terpasang kateter 3 way dan 500cc/jam
Ektremitas	<p>Ekremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot kuat</p> <p>Kekuatan otot</p> 	<p>Ekremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot lemah</p> <p>Kekuatan otot</p> 

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium tanggal 20 Juli 2022

Table 3.5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemoglobin	15,8 g/dL	L : 13,2 -17,3
Leukosit	8.100 uL	L : 3.600-10.500
Trombosit	265.000 uL	150.000-440.000
Hematokrit	37%	W : 35-47
Diff Count	0/0/0/24/10/6%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8

3.1.4 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan *Pre operasi hernia*

Table 3.8 Penatalaksanaan *Pre operasi hernia*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian Obat	Dosis
11 April 2022	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	500 cc, 20 tetes/menit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	2x1gr
	Keterolax	Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang	IV line	3x1 mg

2. Penatalaksanaan *Post operasi hernia*Table 3.9 Penatalaksanaan *Post operasi hernia*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian obat	Dosis Obat
22 Juni 2022	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu	IV line	500 cc, 20ggt/m enit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	2x1gr
	Keterolax	Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang	IV line	3x1 mg
23 Juni 2022	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu	IV line	500 cc, 20ggt/m enit
	Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	2x1gr
	Keterolax	Untuk meredakan rasa nyeri ringan hingga sedang	IV line	3x1 mg

Table 3.9 Penatalaksanaan perawatan invasive *Pre dan Post operasi hernia*

No	Perawatan Invasif	Tgl pemasangan	Tgl dilepaskan
1.	Infus	21 Juni 2022	23 Juni 2022

3.1.5 Analisa Data

Pre Operasi Hernia

Tabel 3.10 Analisa Data *Pre Operasi Hernia*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bagian bawah sebelah kanan dan adanya benjolan pada skrotum yang dirasakan hilang timbul saat berjalan maupun berdiri <p>P : Nyeri akibat ada benjolan pada skrotum</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada daerah perut kanan dan skrotum</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T : Hilang timbul saat bergerak.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis dan gelisah - TD : 130/80 mmHg N : 84x/menit RR : 22x/menit 	<p>Agen pencedera fisiologi</p>	<p>Nyeri</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan khawatir akan proses pembedahan 	<p>Kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Ansietas</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Klien belum mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak cemas dan gelisah- Klien banyak bertanya dengan kondisi penyakit		
--	--	--	--

*Post operasi hernia*Tabel 3.11 Analisa Data *Post Operasi Hernia*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat <p>P :Nyeri timbul saat bergerak</p> <p>Q :Nyeri seperti disayat sayat dan berdenyut</p> <p>R :Nyeri terdapat dibagian abdomen sinitra tertutup obsite</p> <p>S :Skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T:Nyeri dirasakan saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>Pemantauan setelah 6 jam post operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas - TD : 110/80 mmHg 	<p>Agen pencedera fisik (Luka operasi pada abdomen)</p>	<p>Nyeri</p>

	<p>N : 84x/menit RR : 22x/menit T : 36,0 °C</p>						
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri - Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> </table>	3	3	3	3	Program perbatasan gerak	Gangguan mobilitas fisik
3	3						
3	3						
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat adanya bekas luka operasi dibagian abdomen bawah kiri sepanjang ±10 cm dengan 8 jahitan dan 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi				

	terpasang selang drine bagian abdomen sebelah kiri - Luka tertutup obsite Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi		
--	--	--	--

3.2. Diagnosa keperawatan

Pre operasi hernia

Tabel 3.11 Diagnosa Keperawatan *Pre operasi hernia*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisiologi	21 Juni 2022	21 Juni 2022
2.	Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan	21 Juni 2022	21 Juni 2022

Post operasi hernia

Tabel 3.12 Diagnosa Keperawatan *Post operasi hernia*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
3.	Nyeri berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	21 Juni 2022	23 Juni 2022
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Program perbatasan gerak	21 Juni 2022	23 Juni 2022
5.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasaif	21 Juni 2022	23 Juni 2022

3.3 Perencanaan Keperawatan

3.13 Tabel Rencana keperawatan pre Operasi Hernia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Intervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

			<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Autogenik) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
--	--	--	---

			<p>3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi autogenik)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, penyakit penyerta seperti DM, hipertensi, jantung , PPOK, asma, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis) 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG 3. Monitor kadar gula darah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah

			<p>(mis. Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan 3. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh 4. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan 5. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium) 6. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis.kursi roda, tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 3. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi
--	--	--	---

			<p>4 Latih teknik batuk efektif</p> <p>5 Anjurkan menghentikan obat antikoagulan</p> <p>6 Ajarkan cara mandi dengan antiseptik</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik) 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien 3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi 4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah
--	--	--	---

3.14 Tabel Rencana Keperawatan Post Operasi Hernia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	Inervensi Keperawatan (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
3.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

			<ol style="list-style-type: none"> 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi Autogenik) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p>
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi autogenik) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik L.05042</p> <p>Dengan Kriteria Hasil ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 	<p>SIKI : Dukungan Ambulasi I.06171</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Kecemasan menurun 4. Kekuatan otot meningkat 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>4. Monitor keadaan umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat atau kruk) 2. Fasilitas melakukan mobilitas fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
5.	Resiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan	SIKI : Perawatan Pasca operasi

	berhubungan dengan efek prosedur invasif	keperawatan selama 2 x 24 jam, maka status menyusui membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Infeksi L.14137 <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik 	I.14567 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital ibu 2. Monitor respon fisiologis (mis. Nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia) 3. Monitor kondisi luka dan balutan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Kosongkan kandung kemih sebelum pemeriksaan 2. Masase fundus sampai kontraksi kuat 3. Dukung ibu untuk melakukan ambulasi dini 4. Berikan kenyamanan pada ibu 5. Diskusikan kebutuhan aktivitas dan istirahat selama masa postpartum Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda bahaya nifas pada ibu dan keluarga 2. Jelaskan pemeriksaan pada ibu dan bayi secara rutin
--	--	--	---

			<p>3. Ajarkan perawatan perenium atau kondisi luka secara tepat</p> <p>4. Ajarkan ibu mengatasi nyeri secara nonfarmakologis (terapi relaksasi autogenik)</p>
--	--	--	---

3.4. Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Tn.N

Ruangan : Anggrek

Umur : 47 Tahun

No.RM : 236954

Pre Operasi Hernia

3.15 Tabel Implementasi keperawatan pre operasi hernia

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Senin, 21 Juni 2022	1	20.00	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi karakteristik, dan kualitas intensitas nyeri.	1. Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bagian bawah sebelah kanan dan adanya benjolan pada skrotum yang dirasakan hilang timbul saat berjalan maupun berdiri	Candra
		20.10	2. Mengukur TTV klien	2. TD : 130/80 mmHg	Candra

				N : 85 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.6°C	
		20.30	3. Mengobservasi reaksi klien terhadap rasa tidak nyaman	3. Klien tampak meringis dan gelisah	Candra
		21.00	4. Menjelaskan kepada klien tujuan dari terapi relaksasi genggam jari agar klien bisa beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan nya.	4. Klien mengerti dengan penjelasan perawat	Candra
		21.20	5. Mengajarkan klien teknik relaksasi autogenik jika terasa nyeri	5. Klien mengikuti instruksi dari perawat dan langsung mempraktekkan teknik genggam jari	Candra
		21.30	6. Memonitor keberhasilan terapi relaksasi genggam jari	6. Klien mengatakan lebih rileks dan dapat secara perlahan bisa beradaptasi dengan nyeri	Candra
Senin, 21 Juni 2022	2	21.50	1. Membantu klien untuk selalu rileks agar tidak tegang dengan proses operasi	1. Klien mengatakan khawatir dengan proses operasi	Candra

		21:55	2. Menjelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi	2. Klien dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Klien bertanya mengenai keselamatan diri	Candra
		21:55	3. Menganjurkan keluarga klien untuk mendampingi klien keruangan operasi dan menunggu diluar ruang	3. Keluarga klien ikut mendampingi klien keruangan operasi dan klien tampak lebih rileks dan tenang	Candra

Post Operasi Hernia

3.16 Tabel Implementasi keperawatan post operasi hernia

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Selasa, 22 Juni 2022	3	18:50	1. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri setelah 6 jam post operasi	1. Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi bagian abdomen sinistra yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat Nyeri timbul saat bergerak Skala nyeri sedang yaitu	Candra
		18.55	2. Mengidentifikasi respon nyerion verbal	2. Muka klien tampak meringis dan gelisah	Candra

		19.00	3. Menanyakan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3. Klien mengatakan nyeri muncul jika bergerak	Candra
		19.00	4. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri	4. Klien dan keluarga mengerti mengenai penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan klien	Candra
		13.00	5. Membantu dan mengajarkan mengurangi nyeri dengan terapi genggam jari	5. Klien mengikuti instruksi dari perawat dan mengatakan lebih rileks	Candra
		13.20	6. Menganjurkan keluarga klien untuk mengurangi pengunjung	6. Keluarga klien membatasi kunjungan	Candra
		13.05	7. Menganjurkan klien beristirahat dan tidur	7. Klien mengatakan saat tidur rasa nyeri berkurang	Candra
		21.05	8. Memberikan obat ketorolak melalui IV line untuuk meredakan rasa nyeri	8. Diberikan injeksi ketorolak 1 amp 50mg di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV	Candra
		03.30	9. Memberikan obat Ketorolak	9. Diberikan injeksi ketorolak 1 amp	Candra

		08.00	<p>melalui IV line untuuk meredakan rasa nyeri</p> <p>10. Memberikan obat ketorolac melalui IV line untuuk meredakan rasa nyeri</p>	<p>50mg di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV</p> <p>10. Diberikan injeksi ketorolac 1 amp 50mg di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV</p>	Perawat eva
Selasa, 22 Juni 2022	4	13.30	1. Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan	1. Klien hanya dalam posisi terlentang dan tidak banyak melakukan pergerakan	Candra
		13.40	2. Menganjurkan dan menjelaskan kepada keluarga untuk tidak memberikan makanan terlebih dahulu kepada pasien sampai pasien buang angin.	2. Keluarga klien mengerti dengan intruksi perawat	Candra
		13.45	3. Menjelaskan kepada klien bahwa hari pertama post operasi klien harus sudah bisa menggerakkan	3. Klien mengerti dengan saran yang disampaikan perawat dan mengikuti instruksi	Candra

			kaki dan tangan, miring kanan dan kiri serta posisi semi fowler		
		13.50	4. Mengajarkan klien untuk melakukan pergerakan lengan dan kaki secara bertahap di 6 jam pertama post operasi	4. Klien menyetujui dan akan mencoba melakukan pergerakan apabila rasa nyeri dapat ditahan.	Candra
		13.50	5. Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan dan aktivitas klien	5. Keluarga klien mengatakan selalu membantu klien dalam melakukan aktivitas nya.	Candra
		19.00	6. Mengajarkan dan membantu klien untuk melakukan pergerakan miring kanan dan miring kiri setelah 6-10 jam post operasi	6. Klien masih dapat melakukan pergerakan dibantu oleh anggota keluarganya	Candra
		13.55	7. Memberikan motivasi kepada pasien untuk sabar dan tetap belajar melakukan mobilisasi agar mempercepat proses pemulihan.	7. Klien mengatakan akan mengikuti saran dari perawat	Candra

			Dan menerapkan teknik relaksasi autogenik saat terasa nyeri		
Selasa, 22 Juni 2022	5	12.45	1. Mengidentifikasi kondisi umum klien	1. Klien tampak lemas masih dalam pengaruh anestesi	Candra
		12.50	2. Memonitor tanda vital klien	2. TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit RR : 22 x/menit T : 36.7°C	Candra
		18.00	3. Memonitor tanda dan gejala infeksi	3. Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas luka operasi, tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan dan tidak merasakan panas pada luka bekas operasi	Candra
		18.10	4. Menjelaskan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi	4. Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi yang dirasakan	Candra
		13.05	5. Memberikan obat Ceftriaxone melalui IV line untuk mencegah infeksi	5. Diberikan injeksi ceftriaxone 1 amp/1gr di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV	Candra

		01.05	6. Memberikan obat Ceftriaxone melalui IV line untuk mencegah infeksi	6. Diberikan injeksi ceftriaxone 1 amp/1gr di infus RL dan klien setuju diberikan obat IV	Candra
IMPLEMENTASI HARI KE-2					
Rabu, 23 Juni 2022	3	08.00	1. Memberikan obat asam mefenamat untuk meredakan nyeri melalui oral	1. Klien mengkonsumsi obat tersebut 1 tablet dengan dosis 500 mg	Candra
		08.05	2. Memeriksa Tanda-tanda vital klien	2. TD : 110/80 mmHg N : 86x/menit R : 20x/menit T : 36,0°C	Candra
		08.15	3. Menanyakan perkembangan nyeri	3. Klien mengatakan nyeri pada	Candra

			yang dirasakan klien	daerah luka operasi seperti ditusuk-tusuk dan nyilu, skala nyeri 4 dan nyeri saat bergerak	
		08.15	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	4. Klien tampak meringisnya berkurang	Candra
		08.20	5. Menanyakan keberhasilan terapi relaksasi genggam jari	5. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut jika nyeri timbul dari skala 6 menjadi skala nyeri 4 dan lebih rileks	Candra
		14.00	6. Mengingatkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari	6. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi relaksasi autogenik jika nyeri timbul.	Candra
Rabu, 23 Juni 2022	4	09.00	1. Mengidentifikasi pergerakan klien	1. Klien sudah bisa menggerakkan tangan, kaki dan miring kanan miring kiri, sekarang dalam posisi semi fowler	Candra
		09.05	2. Memantau adanya keterbatasan	2. Klien mengatakan masih takut untuk	Candra

		09.10	klien dalam melakukan pergerakan 3. Menjelaskan dan mengajarkan kepada klien latihan mobilisasi dini pada hari ke-2 yaitu harus bisa duduk secara mandiri	banyak bergerak 3. Klien mengikuti instruksi belajar duduk dengan dibantu perawat, tetapi masih berhati-hati dikarenakan nyeri	Candra
		10.00	4. Memberikan motivasi kepada pasien untuk sabar dan tetap belajar melakukan mobilisasi agar mempercepat proses pemulihan	4. Klien mengatakan akan mencoba melakukannya secara mandiri	Candra
		09.10	5. Melibatkan keluarga untuk membantu klien meningkatkan ambulasi.	5. Keluarga dan klien mengerti dan mengikuti arahan dari perawat	Candra
		13.30	6. Memantau tingkat mobilisasi dini yang telah di ajarkan (duduk secara mandiri)	6. Klien mengatakan sudah bisa duduk secara mandiri dipinggir Kasur	Candra
		13.30	7. Menganjurkan dan mengajarkan untuk mencoba berdiri secara mandiri	7. Klien mengikuti instruksi belajar duduk dengan dibantu perawat, tetapi masih berhati-hati dikarenakan nyeri	Candra

		16.15	8. Membantu klien untuk pulang	8. Klien pulang kerumah dalam keadaan bisa berjalan masih dibantu oleh suaminya	Candra
Rabu, 23 Juni 2022	5	08.00	1. Memberikan obat oral Cefixime dan Metronidazole untuk mencegah infeksi	1. Klien mengkonsumsi obat tersebut 1 tablet metronidazole dengan dosis 500 mg dan cefixime dengan dosis 200mg	Candra
		08:10	2. Memeriksa suhu dan nadi	2. Suhu : 36,0°C Nadi : 84 x/menit	Candra
		08:20	3. Mengingatkan kepada klien dan keluarga agar selalu menjaga kebersihan area luka operasi	3. Klien mengatakan selalu menjaga kebersihan area luka operasi agar tetap bersih dan kering	Candra
		08:30	4. Menganjurkan kepada klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein seperti telur rebus	4. Klien mengatakan sudah mengkonsumsi telur sejak kemarin	Candra
		08:40	5. Memberikan obat oral Metronidazole untuk mencegah infeksi	5. Klien mengkonsumsi obat tersebut 1 tablet metronidazole dengan dosis 500 mg	Candra

IMPLEMENTASI HARI KE-3					
Kamis, 24 Juni 2022	3	10.00	1. Memeriksa Tanda-tanda vital klien	1. TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit T : 36,0°C	Candra
		10.10	2. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	2. Klien mengatakan nyeri pada daerah luka operasi seperti ditusuk-tusuk dan nyilu, skala nyeri 3 dan nyeri saat bergerak	Candra
		10.10	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Klien tampak meringis nya berkurang	Candra
		10.20	4. Menanyakan keberhasilan terapi genggam jari	4. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut jika nyeri timbul dari skala 6 menjadi skala nyeri 4 dan lebih rileks	Candra
		11.30	5. Mengingatkan klien untuk melakukan teknik relaksasi genggam jari	5. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi relaksasi autogenik jika nyeri timbul.	Candra

		10.00	6. Menanyakan obat oral asam metenamat sudah dikonsumsi atau belum	6. Klien mengatakan sudah minum obat asam metenamat 1 tablet jam 08.00 sesuai dengan intruksi dokter	Candra
Kamis, 24 Juni 2022	4	10.00	1. Mengidentifikasi pergerakan klien	1. Klien sudah mulai berjalan ke toilet secara mandiri	
		10.00	2. Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan	2. Klien mengatakan jika terlalu bergerak akan merasakan nyeri, skala nyeri 2-3	
		11.20	3. Mengingatkan klien untuk tidak mengangkat benda yang berat, dan libatkan keluarga dalam beraktifitas yang berat	3. Klien mengatakan mobilisasi kadang dibantu oleh suaminya	
Kamis, 24 Juni 2022	5	10.00	1. Memeriksa suhu dan nadi	1. Nadi : 80x/menit Suhu : 36,0°C	Candra
		10.00	2. Mengingatkan kepada klien dan keluarga agar selalu menjaga kebersihan area luka operasi	2. Klien mengatakan selalu menjaga kebersihan area luka operasin agar tetap bersih dan kering	Candra

		10.50	3. Mengajukan kepada klien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein	3. Klien mengatakan sudah mengonsumsi telur dan sayur sayuran	Candra
		11.00	4. Mengingat kembali kepada klien untuk jadwal konsultasi keadaan jahitan post operasi kerumah sakit	4. Klien mengatakan hari sabtu pagi akan konsultasi kerumah sakit dengan suaminya	Candra
		10.00	5. Menanyakan obat oral asam metronidazole sudah dikonsumsi atau belum	5. Klien sudah mengonsumsi obat tersebut 1 tablet metronidazole jam 08.00	Candra
			6. Memberi edukasi persiapan pulang kepada keluarga klien untuk waktu pemberian obat dan jadwal untuk konsultasi keadaan luka operasi kerumah sakit	6. Klien mengerti	Candra

3.5 Evaluasi

Nama Klien : Tn.N
Umur : 47 Tahun

Ruangan : Anggrek
No.RM : 236954

Pre Operasi Hernia

3.17 Evaluasi Keperawatan Pre Operasi Hernia

No	Tanggal	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Selasa, 22 juni 2022	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	10:55 WIB	S : - Pasien mengeluh nyeri dibagian perut bagian bawah sebelah kanan dan adanya benjolan pada skrotum yang dirasakan hilang timbul saat berjalan maupun berdiri P : Nyeri akibat ada benjolan pada skrotum Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada daerah perut kanan dan skrotum S : Skala nyeri sedang yaitu 6 T : Hilang timbul saat bergerak. O : - Klien tampak meringis dan gelisah - TD : 130/80 mmHg N : 84x/menit	

				<p>RR : 22x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					▣	2.	Meringis menurun				▣		3.	Gelisah menurun			▣			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					▣																											
2.	Meringis menurun				▣																												
3.	Gelisah menurun			▣																													
2	Selasa, 22 juni 2022	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan	10:55 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan khawatir akan proses pembedahan - Klien belum mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak cemas dan gelisah - Klien banyak bertanya dengan kondisi penyakit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir</td> <td></td> <td>▣</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi khawatir		▣																		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Verbalisasi khawatir		▣																														

					akibat kondisi yang dihadapi, menurun						
				2.	Perilaku tegang, menurun			▮			
				3.	Gelisah menurun			▮			
P : Intervensi Dihentikan											

Post Operasi Hernia

3.18 Evaluasi Keperawatan Post Operasi Hernia

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
3	Selasa 22 juni 2022	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	19.50 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat P :Nyeri timbul saat bergerak Q :Nyeri seperti disayat sayat dan berdenyut R :Nyeri terdapat dibagian abdomen sinitra tertutup obsite S :Skala nyeri sedang yaitu 6 T:Nyeri dirasakan saat bergerak O : Pemantauan setelah 6 jam post operasi - Klien tampak meringis menahan nyeri - Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan terbatas - TD : 110/80 mmHg	

				<p>N : 84x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>T : 36,0 °C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri			▢			2.	Meringis			▢			3.	Gelisah				▢		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri			▢																													
2.	Meringis			▢																													
3.	Gelisah				▢																												
4	Selasa 22 juni 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	19.50	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri - Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah 																													

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> </tr> </table> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td style="text-align: center;">▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td style="text-align: center;">▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">▮</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td style="text-align: center;">▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td style="text-align: center;">▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	3	3	3	3	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,		▮				2.	Nyeri		▮				3.	Kecemasan			▮			4.	Kelemahan fisik		▮				5.	Gerakan terbatas		▮				
3	3																																																		
3	3																																																		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																													
1.	Pergerakan ekstremitas,		▮																																																
2.	Nyeri		▮																																																
3.	Kecemasan			▮																																															
4.	Kelemahan fisik		▮																																																
5.	Gerakan terbatas		▮																																																
5	Selasa 22 juni 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	14.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat adanya bekas luka operasi dibagian abdomen 																																															

				<p>bawah kiri sepanjang ± 10 cm dengan 8 jahitan dan terpasang selang drine bagian abdomen sebelah kiri</p> <p>- Luka tertutup obsite Keadaan obsite bersih dan kering tidak ada cairan yang keluar dari luka post operasi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>▮</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan		▮				2.	Nyeri		▮				3.	Kadar sel darah putih	▮					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kebersihan badan		▮																														
2.	Nyeri		▮																														
3.	Kadar sel darah putih	▮																															
EVALUASI HARI KE-2																																	
3	Rabu 23 juni 2022	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	15:00 WIB	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat</p> <p>P :Nyeri timbul saat bergerak</p> <p>Q :Nyeri seperti disayat sayat dan berdenyut</p> <p>R :Nyeri terdapat dibagian abdomen sinitra tertutup</p>																													

				<p>obsite</p> <p>S : Skala nyeri sedang yaitu skala 4</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas - TTV - TD : 120/80 mmHg - N : 82 x/menit - RR : 20x/menit - T : 36,6°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▣</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri				▣		2.	Meringis				▣		3.	Gelisah					▣	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri				▣																												
2.	Meringis				▣																												
3.	Gelisah					▣																											

				P : intervensi dilanjutkan																																								
4	Rabu 23 juni 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	15:50 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa miring kanan miring kiri, duduk secara mandiri - Klien mengatakan sedang belajar untuk berdiri dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">4</td> </tr> </table> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> </tbody> </table>	5	5	4	4	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,				▢		2.	Nyeri				▢		3.	Kecemasan				▢		4.	Kelemahan fisik					▢	
5	5																																											
4	4																																											
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																						
1.	Pergerakan ekstremitas,				▢																																							
2.	Nyeri				▢																																							
3.	Kecemasan				▢																																							
4.	Kelemahan fisik					▢																																						

				5.	Gerakan terbatas								
				P : Intervensi Dilanjutkan									
5	Rabu 23 juni 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	16:00 WIB WIB	S : - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka O : - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup opsite - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,6°C - Nadi : 82x/menit A : Masalah teratasi sebagian									
				No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5			
				1.	Kebersihan badan								
				2.	Nyeri								

				3.	Kadar sel darah putih	□					
				P : Intervensi dilanjutkan							
EVALUASI HARI KE 3											
3	Kamis 24 juni 2022	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi pada abdomen)	11.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif - Klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti nyilu</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen tertutup obsite keadaan obsite bersih dan kering</p> <p>S : Skala nyeri ringanyaitu 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan terbatas 							

				<p>- TTV</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					▢	2.	Meringis menurun					▢	3.	Gelisah menurun					▢	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					▢																											
2.	Meringis menurun					▢																											
3.	Gelisah menurun					▢																											
4	Kamis, 24 juni 2022	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak	11:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri - Klien mengatakan aktivitas yang berat masih dibantu oleh keluarga <p>O :</p>																													

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>▢</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,					▢	2.	Nyeri				▢		3.	Kecemasan					▢	4.	Kelemahan fisik					▢	5.	Gerakan terbatas					▢	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas,					▢																																									
2.	Nyeri				▢																																										
3.	Kecemasan					▢																																									
4.	Kelemahan fisik					▢																																									
5.	Gerakan terbatas					▢																																									
5	Kamis,24 juni 2022	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	11:00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut lukanya infeksi dan terbuka <p>O :</p>																																											

				<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka bekas operasi dibagian bawah abdomen dengan panjang ± 10 cm - Luka tertutup opsite - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian luka post operasi - Suhu : 36,5°C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">▢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kadar sel darah putih</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">▢</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan				▢		2.	Nyeri				▢		3.	Kadar sel darah putih			▢			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Kebersihan badan				▢																												
2.	Nyeri				▢																												
3.	Kadar sel darah putih			▢																													

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama Pasien : Tn.N
Umur : 47 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat praktek : Ruangan Anggrek
No. RM : 236954
Tanggal Masuk : 21 Juni 2022 Pukul : 18.35 WIB
Tanggal Pulang : 23 Juni 2022 Pukul : 14.30 WIB
Diagnosa Medis : Hernia
Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-Tanda Vital :

TD : 120/90 mmHg
RR : 20 x/menit
HR : 78 x/menit
S : 36,4°C

Pendidikan kesehatan :

- a. Melakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan luka.
- b. Menganjurkan minum obat Cefixime 200 gr 2x1 perhari, Metronidazole 500 gr 3x1 perhari

dan asam mefenamat 500 gr 3x1 perhari.

- c. Menganjurkan makan yang banyak mengandung protein seperti makan telur 8 butir perhari dan ikan gabus.
- d. Klien mengontrol luka pada hari senin, tanggal 11 April 2022.

Obat yang dibawa pulang :

- a. Cefixime 500 gr 2x1 perhari
- b. Metronidazole 500 gr 3x1 perhari
- c. Asam mefenamat 500 gr 3x1 perhari

Jadwal Kontrol poli bedah : Senin, 27 Juni 2022

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan teori dan tindakan proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 21 Juni sampai tanggal 24 Juni 2022 di ruang Anggrek RSUD Curup. Pembahasan tentang proses asuhan keperawatan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama di dalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Secara teori Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluar organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup. Keluhan utama yang biasa muncul pada pasien hernia adalah Tergantung dimana letak penonjolan tersebut berada. Awal mulanya Hernia terjadi ketika organ tubuh menonjol keluar melalui jaringan di sekitarnya yang melemah. Penyebabnya bisa bervariasi, antara lain: Pertambahan usia atau penuaan. Sering mengangkat beban berat. Sedangkan pada Tn.N yaitu klien mengeluh nyeri di bagian abdomen sinistra an terdapat benjolan di skrotum, nyeri sangat terasa jika pasien berdiri dan melakukan aktivitas terlalu lama,

berikutnya untuk tanda gejala khas yang ditemukan yaitu adanya benjolan di skrotum.

Pengkajian pada pasien Tn.N dengan diagnosa hernia inguinal dilakukan pada tanggal 21 junii 2022 untuk Pre Operasi dan tanggal 22 juni 2022 untuk Post Operasi. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara dengan pasien dan keluarga, dan observasi keadaan pasien. Studi dokumentasi pengumpulan data dengan cara mempelajari data penunjang dan riwayat-riwayat kesehatan dari status klien. Menurut Zahro (2019), hernia dapat di jumpai pada segala usia, dan lebih banyak pada laki-laki. Penyebab utama terjadinya hernia adalah: a.) Kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen, b.) Adanya peningkatan tekanan intra abdomen Kelemahan otot yang dibawa, sejak lahir (congenital), c.) Kegemukan, Angkat berat, Kerja otot yang terlalu kuat, Mengangkat beban yang berat, Batuk kronik, Mengejan sewaktu miksi dan defekasi

Secara teori Beberapa alasan keluarga membawa pasien ke rumah sakit yaitu akibat dari rasa nyeri yang dirasakan oleh klien dan kurangnya pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit yang di derita. Dan pada saat pengkajian klien merasakan nyeri di bagian abdomen sinistra dengan skala nyeri 6 yang dirasakan pada saat berdiri ataupun melakukan aktivitas terlalu lama, klien juga kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita Selama ini.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Hidayat (2002), Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual dan potensial. Diagnosa

keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat.

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap pre operasi menurut Brunner (2014) mencakup : a.) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, b.) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, evaporasi, c.) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tahap Post operasi menurut Nuratif dan Kusuma (2016), yaitu : a.) Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis, b.) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), c.) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, kecemasan, penurunan kekuatan otot, d.) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

Setelah data-data terkumpul, penyusun berusaha menganalisa data-data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah keperawatan. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.N, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada saat pre operasi adalah : 1.) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera psikologis, 2.) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Diagnosa post operasi hernia yang didapat yaitu : 3.) Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik, 4.) Gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan program perbatasan gerak, 5.) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasi

4.3 Intervensi keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan terdiri dari : menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun tidak semua yang bisa diterapkan pada rencana asuhan keperawatan dikarenakan penulis menyesuaikan dengan kondisi klien dan sarana yang ada di RSUD Curup. Pada diagnosa *pre operasi hernia* nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis melakukan rencana tindakan keperawatan yaitu salah satunya menerapkan teknik relaksasi genggam jari, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu salah satunya membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga serta memberikan informasi mengenai prosedur operasi hernia.

Rencana tindakan keperawatan post operasi hernia pada diagnosa nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (Luka operasi pada abdomen) mengutamakan melakukan teknik relaksasi genggam jari disertai dengan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya seperti pemeriksaan laboratorium

dan terapi obat, diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak dilakukan tindakan keperawatan yaitu melatih pergerakan ekstremitas pasien dan memantau perkembangan gerak pasien, Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif penulis melakukan rencana tindakan keperawatan salah satunya memonitor luka post operasi.

4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan keperawatan ini penulis bekerja sama dengan perawat ruangan dan keluarga pasien sehingga pelaksanaan keperawatan ini bisa dilakukan. Penulis dalam melakukan asuhan keperawatan tidak berada 24 jam diruangan tetapi penulis berusaha melakukan askep sesuai dengan rencana keperawatan dan menanyakan langsung kepada perawat jaga.

Pada Implementasi utama untuk menurunkan skala nyeri *Pre* dan *Post operasi hernia* dengan cara terapi teknik relaksasi genggam jari yang dimana dilakukan penulis secara mandiri dan dibantu oleh keluarga untuk selalu mengingatkan klien melakukan teknik relaksasi genggam jari saat nyeri mulai timbul. Pada diagnosa Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan penulis melakukan membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga serta memberikan informasi mengenai prosedur operasi hernia.

Implementasi yang dilakukan pada post operasi hernia diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak

klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan implementasi penulis didampingi oleh perawat ruangan dan keluarga. Dan pada implementasi diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif melakukan pemantuan keadaan luka post operasi dibagian abdomen bawah dengan panjang 10 cm di tutupi dengan obsite dan memeberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga mengenai perawatan luka.

4.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis buat dalam bentuk SOAP (*Subjektif, Objektif, Analisa, Planning*). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Tn.N dengan pre dan post operasi hernia dengan 5 diagnosa keperawatan, yaitu 2 diagnosa pre operasi hernia dapat teratasi pada tanggal 22 juni 2022 dan 3 diagnosa keperawatan post operasi hernia teratasi pada tanggal 24 juni 2022.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan luka operasi pada abdomen dengan hasil subjektifnya klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif saja, klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan data subjektifnya klien mengatakan tubuhnya enakan, klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara mandiri, klien menagatakan dapat melakukan aktivitas secara

mandiri. Pada diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dengan data subjektifnya klien mengatakan kondisi luka kering tidak basah pada bagian luka post operasi hernia yang tertutup obsite dan klien mengatakan tidak merasa menggigil, klien mengatakan tidak sakit kepala.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien dirawat jalan dan akhirnya klien pulang pada hari Kamis, 24 Juni 2022 pukul 14.30 WIB. Dan penulis melakukan observasi langsung kerumah pasien pada tanggal 25 Juni 2022.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn.N yang terdiagnosa hernia inguinal selama 3 x 24 jam dari tanggal 21 juni sampai dengan 24 juni 2022, penulis memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.N dengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikannya dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam setiap proses keperawatan. Adapun kesimpulannya sebagai berikut:

a. Pengkajian

Pada Pre operasi hernia Tn.N mengeluh nyeri dibagian perut bagian bawah sebelah kiri dan adanya benjolan pada skrotum, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk - tusuk dengan skala nyeri 6 yang dirasakan hilang timbul saat berjalan maupun berdiri dan Tn.N mengatakan cemas dan khawatir karena takut operasi ya gagal. *Pada Post operasi hernia* Klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi yang tertutup obsite terasa pedih seperti disayat-sayat setelah 6 jam post operasi klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya karena takut bekas operasinya terbuka.

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang telah dilakukan pada Tn.N diagnosa keperawatan pre dan post operasi hernia yang muncul yaitu: 1.) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisiologis, 2.)Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan, 3.) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pcedera fisik (Prosedur Operasi), 4.) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program perbatasan gerak, 5.) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasi

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri pre dan post operasi pada klien, menurunkan kecemasan dan kekhawatiran pada klien, melakukan mobilisasi bertahap pada klien, dan mencegah terjadinya infeksi.

d. Implementasi Keperawatan

Memberikan teknik relaksasi genggam jari untuk meringankan nyeri yang dirasa pada pre dan post operasi, memonitor nyeri dan skala nyeri, memberikan support pada pasien agar pasien tidak merasa cemas dan khawatir, melakukan mobilisasi bertahap dari menggerakkan jari - jari, menekuk lutut, miring kiri miring kanan, duduk dan berjalan, pemantauan tanda - tanda infeksi dan pergantian obsite.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 3 x 24 jam, dari ke lima diagnosa keperawatan, 5 diagnosa keperawatan teratasi semua antara lain Nyeri akut pre dan post sdah berkurang dengan

skala nyeri 2, pasien tidak merasa cemas dan khawatir, klien sudah melakukan mobilisasi berjalan, luka terlihat bersih, tidak ada pus dan pendarahan, tidak ada kemerahan.

Pasien dibolehkan pulang oleh dokter pada tanggal 24 juni 2022 dan pasien mengontrol luka bekas operasi di poli bedah pada tanggal 26 Juni 2022.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan perawatan luka post operasi dengan benar untuk mencegah infeksi dan dapat menyusui bayinya secara efektif serta dapat membatasi dalam pemberian susu formula.

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting sebagai pendamping klien saat melakukan persalinan dan peran keluarga juga sangat penting untuk membantu perawatan mandiri klien dirumah.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menaji bahan perbandingan antara teori dengan hasil praktik yang telah dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, (2017). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia dengan Spinal Anestes*
- Amrizal. (2015). *Hernia Inguinalis : Tinjauan Pustaka Program Pendidikan Dokter Spesialis Departemen Ilmu Bedah, Rumah Sakit Umum Pusat dr. Djamil Padang. Syifa' Medika, Vol. 6 (No. 1)*
- Annang, 20 November (2019), *SOP IMAJINASI TERBIMBING/ GUIDANCE IMAGERY*, diakses melalui <http://annangdsz.blogspot.com/2019/11/sop-imajinasi-terbimbing-guidance.html?m=1> pada 26 Mei 2022
- Antara, H., Dengan, O., & Hernia, K. (2014). *Unnes Journal of Public Health*
- Ardiansa, (2014) *,Hubungan Informed Consent Terhadap Kecemasan Pada Pasien Pra Operasi Hernia Di Rsud Salewangang Maros, Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis Volume 4 Nomor 6 Tahun 2014 • ISSN : 2302-1721*
- Baredo, (2015), *Efek pada Kecemasan yang Terdapat pada Pasien Hernia Inguinalis*, Jakarta: Kencana Prenada Media Grup
- Budiono, (2015) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika
- Darmadi, (2020), *Efektivitas Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery) Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi*, *Alauddin Scientific Journal of Nursing*, 2020, 1(1), 42-54 Received September 2020, Accepted Desember 2020
- Dewi Saputra, (2014), *Analisis Efektivitas Biaya Laparoskopik Herniotomy dan Open Herniotomy pada Pasien Hernia Inguinalis Unilateral di Rumah Sakit Gading Pluit Jakarta Utara Tahun 2014*, Program Studi Pasca Sarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Jurnal ARSI/Februari 2016
- Deden, (2010), *hernia pada orang dewasa*, Jakarta Timur
- Dino, (2018), *Efektifitas Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing Dan Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Tahun 2018*, Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang
- GA Sri, (2019), *Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Setelah Pelaksanaan Relaksasi Imajinasi Terbimbing Di Rsud Patut Patuh Patju Gerung*, Vol. 1 No. 2 (2019); Oktober
- Herry, (2010), *Tanda dan Gejala serta Penyebab Hernia Inguinalis*, Jakarta: Kencana Prenada Media Grup

- Hany Puspita Aryani 1, M. S. 2. (2017). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Persiapan Fisik Pre Operasi Dalam Menurunkan Kecemasan Pada Pasien Hernia*. Keperawatan Dan Kebidanan, 24–29
- Jufrie, (2018), Saluran Cerna yang Sehat : Anatomi dan Fisiologi, https://www.researchgate.net/publication/325986943_Saluran_Cerna_yang_Sehat_Anatomi_dan_Fisiologi?enrichId=rgreq-c4ba7de92362293d4495519facba-
- Khusana, (2017), *The Effect Of Guided Imagery Relaxation Towards PainLevel Of Post-Surgical Caesarean Section Patients In General Hospital Muhammadiyah Siti Aminah Bumiayu, Indonesia*
- Indah, (2020), *Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Kasus Post Op Hernia Inguinalis Masalah Keperawatan Ansietas Di Ruang Dahlia Rsu Dr.*
- Martini, (2011), *Anatomi hernia Inguinal*, Kencana Prenada Media Grup
- Merry, (2018), *Hubungan antara Usia dan Hernia Inguinalis di RSUD dr. Soedarso Pontianak*. Jurnal Cerebellum. Volume 4. Nomor 2. Mei 2018
- Murdiman, N. (2019). *Hubungan Pemberian Informed Consent Dengan Kecemasan Pada Pasien*. Jurnal Keperawatan, 02, 1–8.
- Muttaqin, (2013). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Yogyakarta: Mediacion
- Nurarif & Huda, (2015), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis & SLKI, SDKI, SIKI : Jakarta Selatan*
- Pieter, Herry.Z & Lubis, Namora. L. (2010). *Pengantar Psikologis dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup
- Pratiwi, Ratih, Putri. (2010). *Pengertian kecemasan*. <http://psikologi.or.id/mycontents/uploads/2010/05/pengertian-kecemasan-anxiety.pdf>. Diperoleh pada 14 Desember 2012.
- Rekam Medik RSUD Curup, (2016), Laporan Tahunan RSUD Curup.
- Rekam Medik RSUD Curup, (2017), Laporan Tahunan RSUD Curup.
- Rekam Medik RSUD Curup, (2018), Laporan Tahunan RSUD Curup.
- Rekam Medik RSUD Curup, (2019), Laporan Tahunan RSUD Curup.
- Rekam Medik RSUD Curup, (2020), Laporan Tahunan RSUD Curup.

- Sabiston, 2010, *Pengertian Hernia Inguinalis*, Jakarta: Bumi Medika, Diperoleh pada 14 Desember 2010.
- Saifullah, A. (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Tindakan Perawat Dalam Manajemen Nyeri Post Operasi Di Bangsalbedah RSUD Dr Suehadi Prijonegoro Sragen*.
- Sari, (2011) *Gangguan Gastrointestinal*. Salemba Medika. Jakarta. Indonesia.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Sjamsuhidajat. (2010). *Buku ajar ilmu bedah*. Jakarta: EGC
- Sjamsuhidajat, R. (2011). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC. Jakarta
- Subarjo (2017). *Analisis Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi Hernia Dengan Masalah Nyeri Akut di Ruang Barokah Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Gombang. Karya Ilmiah, Program Ners. Gombang : STIKES Muhammadiyah Gombang*
- Wahyuni, (2014), *Kasus Hernia dengan Terapi Operatif*. Jurnal Cerebellum. Volume 4. Nomor 2. Mei 2018
- WHO (2013) *Data Penderita Hernia Dunia*. Diperoleh pada 14 Desember 2013
- Yeni (2019). *Latar Belakang Tujuan Metode Hasil Pembahasan*. 1–5.

**L
A
M
P
I
R
A
N**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Ketua Penguji : Winike Nopri Yanti,S.kep.Ners
Nama Mahasiswa : Candra Luvita
Nim : P0 0320119 005
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre* dan
Post hernia Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD
Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 27 Juli 2022	BAB 1 BAB 2	Perbaikan Acc	
2.	Senen, 23 Agustus 2022	Bab 3 dan 5	Perbaikan Acc	 Winike Nopri Yanti,S.kep.Ners

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Ketua Penguji : Chandra Buana.MPH
Nama Mahasiswa : Candra Luvita
Nim : P0 0320119 005
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre* dan
Post Sectio hernia Di Ruang Rawat Inap Angrek
RSUD Curup Tahun 2022

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 27 Juli 2022 Pagi 09.00 Sore	BAB III BAB IV	Masukkan secara rinci tindakan relaksasi genggam jari dan daftar pustaka dan konsul kembali sore nanti.	 Chandra Buana.MPH
		BAB IV		 Chandra Buana.MPH

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup





Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001







**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Pembimbing 1 : Yanti Sutriyanti,. M.Kep
Nip : 19700407198112002
Nama Mahasiswa : CANDRA LUVITA
Nim : PO 0320119 005
Judul Kti : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre* dan
Post hernia Di Ruang Rawat Inap anggrek RSUD
Curup Tahun 2022



No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Senin 20-Desember- 2021	BAB I	- Acc Judul KTI "Pre dan Post hernia"	 Yanti Sutriyanti,. M.Kep
2.	17-Februari- 2022	BAB I BAB II	1. Data terbaru 2. Mencari lebih dari 1 jurnal 3. Tulis semua masalah pada hernia 4. Tulis masalah pre post hernia	 Yanti Sutriyanti,. M.Kep
3.	21-februari- 2022	BAB I BAB II	1. Tambahkan jurnal Bengkulu 2. Alinea diperhatikan 3. Tambahkan masalah	 Yanti Sutriyanti,. M.Kep

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
			keperawatan 4. Upaya untuk mengatasi masalah keperawatan	
4.	02-mareti-2022	BAB I BAB II	1. Dilihat lagi tulisannya 2. 2 publish untuk menguatkan tindakan 3. Perbaiki rumusan masalah 4. Lihat panduan	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
5.	09-maret-2022	BAB I BAB II	1. Anatomi harus menyangkut dikendalanya 2. WOC pre dan post 3. Penatalaksanaan pre dan post 4. Askep	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
6.	31-maret-2022	BAB I BAB II	1. Perbaiki tulisan 2. Letakkan sumber 3. Sinkronkan woc dan diagnosa 4. Lebih banyak diagnosa 5. Hasil publikasi harus masuk	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
7.	04-april-2022	BAB I BAB II	1. Tambah tahun bab 1 2. Woc 1 lembar 3. Tambah diagnosa 4. Tambah fisiologi 5. Cari 2 jurnal	 Yanti Sutriyanti, M.Kep



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
			6. Jurnal yang didapat masukkan bab 1	
8.	06-april-2022	BABI BABII	1. ACC bab 1 dan 2	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
9	15 Juli 2022	Bab 3	1. Ratakan tulisan 2. Ganti kebutuhan nutrisi sama kebutuhan sehari hari 3. Tambahkan jam pasien saat melakukan teknik relaksasi 4. Bahasa medis buang angin 5. Tambahkan obat 6. Lanjut bab 4 dan 5	
10	20 Juli 2022	Bab 3, 4,dan 5	1. Rapikan paragraf 2. Lengkapi data teori dan yang ditemukan di pasien 3. Sesuaikan dengan pengkajian 4. Data lagi yang berhubungan dengan	

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
			kasus harus lengkap sampai dengan evaluasi	
11	21 Juli 2022	Bab 4 dan 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data harus sesuai dengan pasien pada bab 5 2. Dibuat alinea dalam kesimpulan 3. Data sesuai dengan kondisi pasien 4. Membuat perencanaan tindakan sesuai dg diagnosa 5. Melakukan tindakan yang telah dilakukan pada pasien 6. Mengobservasi hasil selama 3 hari perawatan 	
12	22 Juli 2022	Bab 1 sampai bab 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi semuanya 2. ACC ujian 	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Candra Luvita

Nim : P00320119005

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Pre Dan Post Hernia
Diruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup Tahun 2022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplak dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak kemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup,...2022
yang menyatakan

Candra Luvita
NIM: P00320119005

BIODATA

Nama : Candra Luvita

Tempat dan tanggal lahir : Karang Jaya, 24 April 2001

Jenis kelamin : Laki-Laki

Alamat : Karang Jaya, Selupu Rejang, Rejang Lebong

Riwayat pendidikan : 1. SDN 15 Selupu Rejang
2. SMP 01 Selupu Rejang
3. SMK 7 Rejang Lebong

PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Telang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor
Sifat
Lampiran
Perihal

92 /RSUD – DIKLAT/2022

Biasa

-

Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di
RSUD Curup

Curup, 13 Juli 2022

Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -

Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
KH.03.01/126/6/VI/2022 tanggal 03 Juni 2022, Perihal Surat Pengantar
Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : CANDRA LUVITA
NIM : P00320119005
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 21 s/d 24 Juni 2022
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Hernia di Ruang Anggrek RSUD Curup
Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami
sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DWI PRASETYO, SKM
NIP. 1971 007 199203 1 003

