

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. B DENGAN POST OPERASI
HERNIA INGUINALIS LATERAL DI RUANG ABDURAHMANWAHID
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Leny Yuliana

40902000045

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. B DENGAN POST OPERASI
HERNIA INGUINALIS LATERAL DI RUANG ABDURAHMANWAHID
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Leny Yuliana

40902000045

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 8 Mei 2023



(Leny Yuliana)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B DENGAN POST OPERASI
HERNIA INGUINALIS LATERAL DI RUANG ABDURAHMANWAHID
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Leny Yuliana

NIM.40902000045

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada:

Hari: Rabu

Tanggal: 03 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN.06-0403-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Ilmu Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M. Kep

NIDN : 06-2207-8602


(.....)

Penguji II

Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep

NIDN : 06-0505-7902


(.....)

Penguji III

Ns. Retno Issroviatiningrum, M. Kep

NIDN : 06-0403-8901


(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

HALAMAN MOTTO

“Allah SWT tidak membebani seseorang melainkan dengan kesanggupannya.” – (Al-Baqarah: 286)

Ali bin Abi Thalib pernah berkata: “Jangan menjelaskan dirimu kepada siapa pun, karena yang menyukaimu tidak butuh itu. Dan yang membencimu tidak percaya itu.”



KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, dengan ini penulis panjatkan puji dan puja syukur kehadirat-Nya yang telah melimpahkan rahmat-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Study kasus yang penulis buat dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Hernia Inguinalis Lateral Di Ruang Abdurahman Wahid Rumah Sakit Islam NU Demak”**. Untuk memenuhi ketentuan sebagai salah satu Syarat menyelesaikan program study D3 keperawatan di Universitas Islam Sultan Agung .

Penyelesaian Study Kasus ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kekuatan, serta kemudahan dalam mengerjakan tugas, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep, Selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ibu Ns. Retno Isroviatningrum, M. Kep, selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Rumah Sakit Islam NU Demak yang sudah memberikan kesempatan bagi penulis untuk praktik di Rumah Sakit tersebut, sehingga penulis dapat menerapkan ilmu yang sudah dipelajari serta didapatkan selama belajar di Fakultas Ilmu Keperawatan dan dapat melakukan proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.

7. Kepada Kedua orang tua tercinta ayahanda Bambang Suwignyo dan ibunda Hermawati, kaka saya Eko Wahyudiyanto dan adik saya Hendi Saputra. Terimakasih atas segala dukungan, kasih sayang, perhatian, doa, serta materi yang telah kalian berikan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini, sebagai salah satu Syarat menyelesaikan program study D3 keperawatan di Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
8. Teman – teman dekat terbaik saya dwi nur putri aurelia faza astri suryandari firda khairunisa yang selalu menyemangati dalam proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah,
9. Teman seperjuangan DIII serta berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari masih banya kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak dalam rangka menyempurnakan Karya Tulis ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapapun yang membacanya serta dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi ilmu pengetahuan.

Semarang, Mei 2023



Leny Yuliana

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	v
HALAMAN MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Penulis.....	4
2. Bagi Institusi Pendidikan	4
3. Bagi Profeisi Keperawatan.....	4
4. Bagi Rumah Sakit.....	4
5. Bagi Masyarakat.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Definisi	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	6
4. Manifestasi Klinis	6
5. Pemeriksaan Penunjang	6
6. Penatalaksanaan	7
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	8
1. Pengkajian Keperawatan	8
2. Pola Fungsi Kesehatan Gordon	9

3. Pemeriksaan fisik	11
4. Diagnosis keperawatan dan fokus intervensi	11
C. PATHWAYS	12
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	13
A. Pengkajian	13
B. Pemeriksaan Fisik.....	15
C. Analisis Data dan Diagnosa.....	18
1. Intervensi	19
2. Implementasi	20
3. Evaluasi	25
BAB IV	27
PEMBAHASAN	27
A. Pengkajian	27
B. Diagnosa Keperawatan.....	28
C. Intervensi Keperawatan	30
D. Implementasi Keperawatan	33
E. Evaluasi Keperawatan.....	34
BAB V.....	36
PENUTUP.....	36
A. KESIMPULAN	36
B. SARAN.....	36
1 Bagi Anggota profesi	36
2 Bagi Institusi	37
3 Bagi Masyarakat.....	37
DAFTAR PUSTAKA	38
LAMPIRAN	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Wong Baker Face Pain Rating Scale.....	9
Gambar 2. 2 Numerical Rating Scale	10



DAFTAR TABEL

Tabel 2 1 Metode PQRST	9
------------------------------	---



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran1.....	39
Lampiran2.....	40
Lampiran4.....	41
Lampiran5.....	42
Lampiran6.....	43



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia merupakan penyakit yang terjadi ketika adanya pembengkakan di bawah selangkangan, lebih tepatnya di skrotum atau selangkangan. Hernia ini terjadi ketika dinding perut mengembang, menyebabkan usus terdorong ke bawah melalui lubang tersebut. Hernia jenis ini biasanya lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada perempuan (Kusuma & Huda, 2016).

Pembedahan adalah salah satu pilihan paling penting karena jika hanya menggunakan obat membutuhkan waktu yang cukup lama untuk menunjukkan hasil, namun jika dilakukan pembedahan juga seringkali memiliki efek samping yang tidak dapat dihindari oleh pasien seperti nyeri dan infeksi. Selain terapi obat, pilihan lain adalah pengobatan nyeri nonmedis melalui teknik relaksasi, yaitu tindakan eksternal mempengaruhi respons nyeri individu itu sendiri. Penanganan nyeri dengan teknik relaksasi meliputi relaksasi otot, pernapasan dalam, meditasi dan perilaku (Purnama, 2011).

Kasus hernia biasanya hanya dapat ditangani dengan operasi/pembedahan, yaitu penanganan operatif untuk kasus hernia yang wajar. Efek dari prosedur pembedahan ini sendiri adalah nyeri dan perlunya perawatan luka pasca operasi (Vardaro et al. 2016). Perawatan non-obat secara efektif mengurangi intensitas nyeri pasca operasi. Skala nyeri pada pasien hernia atau pasca operasi hernia (herniotomi) adalah teknik rekreasi berupa terapi musik dan mendengarkan bacaan Al-Quran (terapi Murottal), relaksasi yang dalam.

Informasi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tentang hernia meningkat setiap tahun. Mulai dari 2008 sampai 2011, informasi semua jenis hernia mencapai 19.173.278 penderitanya atau sekitar (12,7%). Dan paling banyak terjadi adalah negara berkembang yaitu negara Asia Tenggara termasuk Indonesia, Afrika dan juga Uni Emirat Arab merupakan negara dengan insidensi tertinggi. Pada tahun 2011, jumlah penderita hernia di seluruh dunia adalah sekitar 3,90 penderita.

Menurut Bank Informasi Kemenkes RI, berdasarkan Sebaran Penyakit Gastrointestinal pada Pasien yang Terbaring di Rumah Sakit Menurut Penyebab Penyakit di Indonesia tahun 2018, Hernia menduduki peringkat ke-8 dengan total kasus sebanyak 18.135 kasus, dimana 273 diantaranya meninggal dunia dan hal ini dapat dikaitkan dengan kegagalan pada proses pembedahan terhadap hernia . Secara keseluruhan 15.051 dari kasus ini terjadi pada pria dan 3.094 pada wanita, sedangkan pasien hernia yang rawat jalan terus menduduki peringkat ke-8. Jumlah total kasus meliputi 41.526 kunjungan, 23.721 kasus baru, dengan total pasien laki-laki 8.799 dan pasien perempuan 4.922 (Departemen Kesehatan RI, 2018).

Pada orang dewasa, masalahnya biasanya benjolan di selangkangan, yang dapat mengecil dan hilang dengan istirahat, mengangkat beban berat atau berdiri dapat timbul kembali. Jika ada komplikasi, nyeri, keadaan umum biasanya baik, pemeriksaan menunjukkan asimetri pada selangkangan, skrotum atau labia saat berdiri dan berbaring, pasien diminta mengejan dan menutup mulut sambil berdiri. Lalu dorong apakah benjolan bisa direposisi dengan jari telunjuk atau kelingking pada anak. Terkadang cincin hernia dapat dirasakan berupa cincin inguinalis yang melebar (Nuari, 2015).

Perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan merupakan peran yang sangat penting diantara peran-peran yang lain (bukan berarti peran yang lain tidak penting) baik atau tidaknya kualitas pelayanan profesi yang profesional bukan hanya dibuktikan dengan jenjang pendidikan yang tinggi, Menurut penelitian yang dilakukan (Jumariah (2017) kenyataan dilapangan agar peran perawat dapat berjalan dengan efektif dan efisien sehingga tujuan asuhan keperawatan tercapai, maka perawat harus melakukan proses asuhan keperawatan yang terdiri *atas assesment, diagnosis, planning, implementation, dan evaluation*. Perawat juga harus memastikan bahwa pasokan nutrisi yang diberikan pada klien mencukupi kebutuhannya, termasuk cairan, elektrolit, dan nutrisi lainnya. Perawat juga harus memperhatikan kebersihan dan kenyamanan pasien, serta membantu dalam melakukan perawatan diri seperti mandi dan toileting. (Mardiyono, M. 2019).

Ada beberapa jenis hernia antara lain hernia rektus inguinalis, femoralis, umbilikal, dan insisional. Hernia testis dapat disebabkan oleh anomali kongenital atau penyebab yang didapat (akustik). Hernia dapat terjadi pada semua usia dan jenis kelamin, persentasenya lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan pada wanita. Berbagai faktor penyebab berkontribusi pada pembukaan hernia di cincin internal yang cukup lebar untuk memungkinkan kantung hernia dan isinya melewatinya. Selain itu juga disebabkan oleh faktor yang dapat mendorong isi hernia melalui pintu yang cukup lebar (Nuari, 2015). Berdasarkan uraian di atas, maka penulis ingin meneliti dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn.B dengan gangguan : Hernia inguinalis lateral di Rumah Sakit Islam NU Demak.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan post Hernia Inguinalis Lateral di ruangan Abdurahmanwahid RSI NU Demak Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. B dengan kasus post operasi hernia inguinalis di ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak.
- b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan pada Tn. B dengan kasus post operasi hernia inguinalis di ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak.
- c. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan pada Tn. B dengan kasus post operasi hernia inguinalis di ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak.

- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. B dengan kasus post operasi hernia inguinalis di ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. B dengan kasus post operasi hernia inguinalis di ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak.

C. Manfaat Penulisan

Kumpulan publikasi ilmiah para penulis ini diharapkan dapat bermanfaat bagi individu-individu dalam bidang-bidang yang terkait.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini mampu menjadikan bahan referensi untuk institusi pendidikan dalam meningkatkan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien post hernia inguinalis lateral.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post hernia inguinalis lateral. Serta menjadikan bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu keperawatan.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil dari studi kasus ini mampu menjadi salah satu contoh dari dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien post hernia inguinalis lateral.

4. Bagi Masyarakat.

Hasil studi kasus ini diharapkan masyarakat mampu memahami dan menambah pengetahuan sekilas tentang post hernia inguinalis lateral serta mampu mengaplikasikan implementasi tersebut secara mandiri.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Hernia merupakan pembengkakan isi dari rongga melalui defek atau bagian yang lemah dari dinding rongga yang bersangkutan, berdasarkan letaknya, hernia dibedakan menjadi hernia hiatal, hernia epigastrium, hernia umbilikal, hernia insisional, hernia femoralis, hernia core pulposi(HNP) (Nuruzaman, 2019).

Hernia inguinalis lateral adalah penonjolan yang keluar dari rongga perut melalui cincin inguinalis interna, yang terletak di sisi perut bagian bawah, lalu hernia masuk ke dalam saluran inguinalis dan jika cukup lama menonjol melalui eksternal cincin inguinal (Sjamsuhidajat, 2016).

2. Etiologi

Hal-hal yang menyebabkan hernia menurut Haryono (2012) adalah Kelainan bawaan atau cacat lahir. Kelainan yang didapat antara lain:

- 1) Kelemahan jaringan yaitu sekumpulan sel yang bekerja sama untuk mencapai suatu fungsi tertentu jika jaringan ini mengalami kelemahan atau tidak bekerja dengan baik maka tidak akan mencapai fungsi tersebut.
- 2) Perluasan pada area ligamen atau jaringan berserat yang bentuknya menyerupai pita elastis dan berperan sebagai penghubung antartulang di dalam tubuh.
- 3) Trauma yaitu kondisi yang timbul sebagai akibat dari pengalaman atau peristiwa buruk yang dialami oleh seseorang, seperti kecelakaan, korban kekerasan fisik, atau bencana alam.
- 4) Obesitas adalah Suatu gangguan yang melibatkan lemak tubuh berlebihan yang meningkatkan risiko masalah kesehatan.
- 5) Melakukan pekerjaan berat
- 6) Mengejan berlebihan saat buang air besar atau air kecil.

3. Patofisiologi

Benjolan yang membesar lama kelamaan bisa saja tidak kembali dengan spontan atau sendirinya atau dengan berbaring, melainkan harus ditekan dengan jari, yang disebut hernia penanggung. Jika dibiarkan, kondisi seperti itu dapat terinfeksi dan seiring waktu menyebabkan pembengkakan yang tidak dapat disembuhkan dan dikenal sebagai hernia yang tidak dapat disembuhkan. Pembedahan dilakukan untuk mencegah komplikasi hernia. Operasi ini menghasilkan sayatan yang biasanya dapat menyebabkan rasa sakit yang tidak nyaman, sehingga mengurangi pergerakan dan risiko infeksi (Liu & Campbell, 2011).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Jong (2008), tanda dan gejala hernia adalah:

- 1) Bentuk benjolan keluar masuk atau keras dan yang paling sering terjadi adalah benjolan di daerah selangkangan.
- 2) Adanya nyeri pada sekitar benjolan yang menekan isinya, disertai mual.
- 3) Komplikasi meliputi gejala seperti mual dan muntah atau kembung.
- 4) Jika hernia terjepit, sensasi nyeri bertambah dan kulit di atasnya menjadi merah dan hangat.
- 5) Hernia femoralis kecil dapat mengenai dinding kandung kemih dan menyebabkan nyeri buang air kecil (disuria) dengan hematuria (darah saat buang air kecil) selain benjolan di bawah selangkangan.
- 6) Hernia diafragma menyebabkan nyeri di daerah perut, disertai sesak napas. Jika pasien mencoba batuk, fragmennya tumbuh.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut studi diagnostik pasien oleh Suratun dan Lusianah (2010):

a. Pemeriksaan umum

Menunjukkan peningkatan yang terjadi pada sel darah putih, elektrolit serum dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) dan keseimbangan elektrolit. Tes pembekuan darah: berkepanjangan dan kompromi homeostasis intraoperatif atau pasca operasi.

- b. USG perut selangkangan kanan dan kiri, membedakan massa paha atau dinding perut, sumber pembengkakan, dan sifat hernia.
- c. Urinalisis Diagnosis banding dari penyebab urogenital dengan nyeri pada selangkangan dan sel darah merah.
- d. Rontgen perut
Menunjukkan kadar gas yang tidak normal pada usus/obstruksi usus .

6. Penatalaksanaan

Menurut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010) ada dua jenis pengobatan hernia:

a. Konservatif (Townsend CM)

Perawatan konservatif terbatas pada reposisi dan penggunaan bidai atau penahan untuk mempertahankan isi hernia yang direposisi. Tidak ada prosedur pasti, sehingga bisa terjadi lagi. Terdiri dari:

1) Reposisi

Reposisi adalah upaya mengembalikan isi hernia ke rongga perut dan lambung. Reposisi dilakukan dengan dua tangan. Reposisi dilakukan dengan dua tangan pada pasien dengan hernia berat. Hernia tidak berkurang kecuali pada anak.

2) Suntikan

Cairan sklerosis dalam bentuk alkohol atau kina disuntikkan di sekitar hernia, menyebabkan pembukaan hernia menjadi sklerotisasi atau menyempit, memungkinkan isi hernia keluar dari rongga perut.

3) Serbuk hernia

- a) Untuk pasien dengan hernia kecil yang menolak operasi.
- b) Operatif

Operasi hernia dilakukan dalam tiga langkah:

1. Herniotomy

Buka dan potong kantung hernia dan kembalikan isi hernia ke rongga perut.

2. Hernioraphy

Mulai dengan mengikat leher hernia dan menggantungnya pada tendon artikular (penebalan antara tepi bebas otot oblik intra-abdomen dan otot abdominis transversal, yang diletakkan di tuberkulum pubis).

3. Hernoplasty

Jahit tendon ke pita sehingga LMR menghilang atau menutup dan dinding perut diperkuat karena ditutupi otot. Hernioplasty untuk hernia inguinalis lateral bervariasi sesuai kebutuhan (Mc.Vay). Operasi hernia pada anak dilakukan tanpa hernioplasty, dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

- i. Anak-anak di bawah 1 tahun: Dengan teknik Michele Benc
- ii. Anak-anak di atas 1 tahun: dengan teknologi POTT

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas

Identitas pasien dan identitas penanggung jawab. Identitas pasien post hernia inguinalis yang menjadi dasar pengkajian meliputi: nama, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian. Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, hubungan dengan klien.

b. Keluhan utama

Keluhan nyeri paling sering ditemukan dalam pengkajian pasien hernia inguinalis

c. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan pasien setelah menjalani operasi hernia inguinalis lateral.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Mengenai penyakit yang pernah dialami sebelumnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian tentang penyakit keturunan dan menular lainnya.

2. Pola Fungsi Kesehatan Gordon

1. Pola menejemen kesehatan – persepsi kesehatan
2. Pola metabolik nutrisi
3. Pola eliminasi
4. Pola aktivitas dan latihan
5. Pola istirahat Tidur
6. Pola Persepsi kognitif

Terdapat beberapa cara yang dapat dilaksanakan untuk melakukan pengkajian nyeri yaitu:

P : Provokes	Penyebab terjadinya nyeri
Q : Quality	Kualitas: seperti apa nyeri yang dirasakan?
R : Radiation	Radiasi atau Lokasi: dimana letak nyeri muncul? Bergeser atau tetap.
S : Severity	Keparahan: Menilai nyeri dengan menghitung dari angka 1- 10
T : Time	Waktu: nyeri timbul seberapa lama?

Tabel 2 1 Metode PQRST

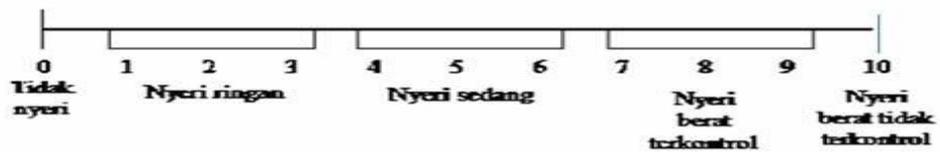
FacesScale (Skala Wajah) meminta pasien untuk memperhatikan skala gambar wajah. Gambar pertama terlihat wajah anak tenang (tidak nyeri), kemudian sedikit nyeri yaitu gambar kedua serta lebih nyeri, terakhir yaitu gambar orang terlihat sangat nyeri. Selanjutnya, meminta pasien menunjuk gambar yang sesuai dengan nyerinya. Pada pediatric dan geriatric gangguan kognitif biasanya menggunakan langkah ini (Tim 2015).



Gambar 2. 1 Wong Baker Face Pain Rating Scale

Numerical Rating Scale (NRS) (Skala numerik angka) meminta pasien menyebutkan dari angka 0-10 untuk melihat tingkat nyerinya. Pada angka

10 yaitu nyeri paling parah. Apabila akan melihat perkembangan nyeri serta menentukan nyeri, metode ini biasa digunakan. (Tim 2015).



Gambar 2. 2 Numerical Rating Scale

7. Pola konsep diri dan persepsi diri

Biasanya kecemasan pada penyakit muncul di pasien hernia, dari peingobatan meidis pasiein meingharapkan keiseimbuihan. Oleh karena itu dibutuhkan pengkajian menggunakan klasifikasi tingkat kecemasan dental menurut (Lynda Juiall Capeirnitto, Yasmin Asih, 2013) antara lain:

- a) Kecemasan ringan: individu akan waspada dan meningkatkan perhatian dalam kehidupan sehari-hari.
- b) Kecemasan sedang : bisa jadi membuat individu menjadi memusatkan perhatian dengan sesuatu yang nyata serta menghiraukan lainnya.
- c) Kecemasan berat : lebih memfokuskan dengan hal spesifik sehingga tidak mampu memikirkan yang lain.
- d) Tingkat panik : individu akan merasa terpengaruh ketakutan.

8. Pola hubungan peran

Dalam berhubungan dengan orang sekitar, pasien hernia tetap baik atau memiliki kendala.

9. Pola reproduksi dan seksualitas

Dalam hal ini apakah selama sakit mengalami gangguan yang berhubungan dengan produksi seksual.

10. Pola stres dan coping

Kesabaran pasien dalam menjalani pengobatan

11. Pola keyakinan dan nilai

Kemampuan pasien dalam beribadah.

3. Pemeriksaan fisik

Kesadaran, Vital sign (Suhu, TD, RR, Nadi), Kepala, Mata, Hidung, Telinga, Mulut dan Tenggorokan, Dada (Jantung, paru-paru), Abdomen, Ekstremitas atas dan bawah, Kulit, pemeriksaan diagnostik diantaranya:

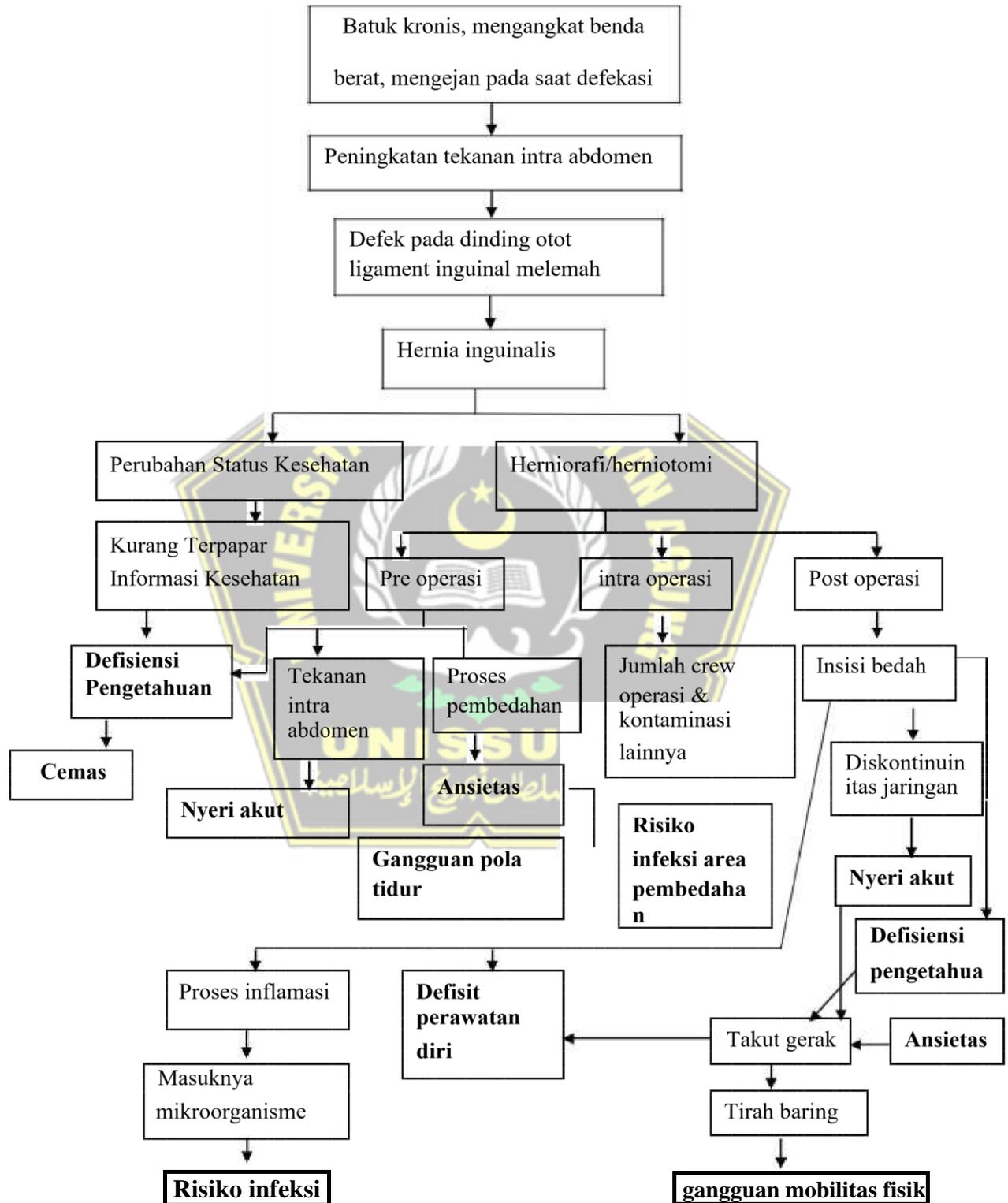
- a. Pemeriksaan darah lengkap
- b. USG
- c. Sinar X abdomen

4. Diagnosis keperawatan dan fokus intervensi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
Intervensi: Manajemen Nyeri (I.08238)
 - a) Identifikasi kualitas lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri
 - b) Pemberian teknik nonfarmakologis untuk menghilangkan nyeri
 - c) Merekomendasikan penggunaan analgesik yang tepat
 - d) Partisipasi dalam pemberian analgesik
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak (D.0054)
Intervensi: Dukungan mobilisasi (I.05042)
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi jika perlu
 - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi
- 3) Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
Intervensi: Pencegahan Infeksi (I.14539)
 - a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
 - b) Berikan perawatan kulit pada area edema
 - c) Pertahankan teknik aseptik pada pasien risiko tinggi infeksi

d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

C. PATHWAYS



(Nurarif,2013)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian di lakukan oleh penulis terhadap pasien dengan menggunakan metode Autoanamnesa dan juga dengan melihat data rekam medis pasien. Pengkajian di lakukan pada tanggal 22 februari 2023, dengan hasil klien bernama Tn. B, umur 26 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SMA, Alamat di Demak, sehari hari berprofesi sebagai pekerja pabrik, dan di diagnosa medis Hernia inguinalis, masuk ke rumah sakit pada 22 februari 2023.

1. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri pada bagian perutnya bawahnya terutama saat buang air kecil.

2. Alasan masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan sering merasakan sakit pada perutnya, sakit terasa hampir satu bulan kemudian pada 1 minggu terakhir sakitnya semakin menjadi bagian skrotumnya terdapat benjolan . Sebelum di bawa ke RSI NU Demak, pasien sudah berobat ke klinik hingga akhirnya di rujuk ke RSI NU Demak.

3. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan yang sama seperti yang saat ini di derita oleh pasien.

4. Riwayat kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang memiliki penyakit sama seperti yang di derita oleh klien, keluarga klien juga mengatakan anggota keluarga lain tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Militus.

5. Pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan keadaan

Klien mengatakan kesehatan adalah hal penting yang harus di jaga.

b. Pola Nutrisi dan metabolik

1) Pola makan

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi 1 piring

Setelah sakit : klien mengatakan porsi makannya menurun, sehari makan 3x dengan porsi yang lebih sedikit.

2) Pola Minum :

Sebelum sakit : klien mengatakan minum kurang lebih 1 Liter air dalam sehari

Setelah sakit : klien mengatakan hanya minum saat sesudah makan.

3) Berat Badan :

Sebelum sakit : klien mengatakan berat badan klien sebelum sakit 50kg

Setelah sakit : klien mengatakan berat badan klien menurun dari 50kg menjadi 48kg.

c. Pola eliminasi

1) Pola BAB

Sebelum sakit : Klien mengatakan BAB 1x dalam satu hari

Setelah sakit : Klien mengatakan selama 2 hari di rawat di RS klien baru 1x BAB

2) Pola BAK

Sebelum sakit : klien mengatakan dalam satu hari bisa BAK sebanyak 2 sampai 3 kali.. tidak ada rasa sakit saat BAK, warna urine kuning normal.

Setelah sakit : klien mengatakan sakit saat BAK , dan volumenya menjadi lebih sedikit.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sehari hari Tn.B menjalani aktivitasnya sebagai pekerja pabrik.

2) Keluhan dalam beraktivitas

Klien mengeluh tidak dapat menggerakkan tubuhnya

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur pukul 22.00 , bangun tidur saat subuh dan tidak ada keluhan saat tidur.

Setelah sakit : setelah sakit klien mengatakan lebih banyak tidur untuk menghilangkan rasa nyeri di perut.

f. Pola Kognitif – perseptual sensori

Pasien mengatakan Pandangannya jelas.

Kognitif : klien mampu berbicara dengan jelas, memahami perkataan orang lain dengan jelas, mampu mengingat hari dan tanggal saat pengkajian di lakukan.

g. Pola mekanisme koping

Dalam mengambil keputusan, klien bermusyawarah terlebih dahulu dengan istri dan keluarga.

h. Pola seksual Reproduksi

Klien mengatakan pola seksual reproduksi baik

i. Pola nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam, dan Shalat 5 waktu

B. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan klien

Saat di lakukan pengkajian di dapatkan hasil pemeriksaan fisik dengan Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 82x/ menit, suhu : 36 c, dan Spo2 : 99%. Klien mengatakan merasa nyeri pada luka post operasi yang berada diperut, dan juga susah menggerakkan tubuhnya. Pasien tampak pucat dan lemah

b. Pemeriksaan Kepala :

Tidak terdapat luka dan tidak ada nyeri tekan pada kepala

c. Mata

Pasien mengatakan penglihatan jelas, pupil isokor, konjungtiva Anemis.

d. Hidung

Hidung bersih, tidak ada secret dan tidak ada polip

e. Telinga

Bentuk kanan dan kiri simetris, pendengaran normal, tidak ada lesi, dan juga tidak menggunakan alat bantu dengar.

f. Mulut dan tenggorokan

Tidak ada gangguan bicara, mulut dan gigi bersih, tidak ada sariawan, mukosa bibir kering, tidak ada keluhan menelan.

g. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada pembendungan vena pada leher.

h. Kardiovaskuler atau jantung

- 1) Inspeksi : tidak terlihat adanya kelainan
- 2) Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
- 3) Perkusi : terdengar bunyi pekak
- 4) Auskultasi : S1, S2 Reguler, terdengar bunyi lup dup

i. Paru

- 1) Inspeksi : bentuk dada simetris, ekspansi dada simetris.
- 2) Palpasi : terdapat nyeri tekan pada bagian kanan
- 3) Perkusi : terdengar suara sonor
- 4) Auskultasi : Terdengar suara nafas vesikuler

j. Abdomen

- 1) Inspeksi : perut bagian bawah terlihat biru
- 2) Auskultasi : terdengar bising usus 12x/ menit
- 3) Palpasi : terdapat nyeri tekan, tidak ada masa ataupun benjolan
- 4) Perkusi : terdengar suara tympani

k. Ekstremitas atas dan bawah

- 1) Ekstremitas atas : kulit bersih, tidak ada lesi, terpasang infus pada tangan bagian kiri, turgor kulit kembali kurang dari 3 detik, tangan bagian kanan tidak dapat di gerakan. Tidak ada edema.
- 2) Ekstremitas bawah : kulit bersih, tidak ada lesi, turgor kulit kembali kurang dari 3 detik, tangan bagian kanan tidak dapat di gerakan. Tidak ada edema.

3. Data Penunjang

a.USG :

Pada tanggal 22 januari dilakukan pemeriksaan USG dari hasil pemeriksaan USG terdapat **Kesan: *Hernia inguinalis lateral***

b.Hasil Lab Tn.B Tanggal 22 Januari 2023

Hasil pemeriksaan Rapid Test Tn B. Non Reaktif

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasil Pemeriksaan	Satuan
1	WBC	6.83	4.00-10.00	10 ³ /Ul
2	RBC	4.18	4.00-6.50	10 ³ /Ul
3	HGB	12.6	13.0-16.0	g/dL
4	HCT	35.8	36.0-46.0	%
5	MCV	85.6	80.0-97.0	FL
6	UREUM	22	10,0-50,0	mg/dl
7	KREATI NIN	0,7	0,1-1,3	mg/dl

Tabel 3.1

a. Terapi - Infus

- IVFD RL 20 tetes/menit
- Injeksi Ketorolac 1 ampul/IV/ 8 jam
- Injeksi ceftriaxone 2 gram / IV / 12 jam

C. Analisis Data dan Diagnosa

Pada saat di lakukan pengkajian pada tanggal **22 februari 2023** pada pukul **12.00 wib**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu : klien mengatakan pada perut bagian bawahnya, P : Nyeri terasa saat buang air kecil , Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bawah S : skala nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36^oc dan Spo2 : 99%, sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan **“Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera Fisiologis.**

Data fokus yang kedua pada saat di lakukan pengkajian keperawatan pada tanggal **22 februari 2023**, pada pukul **12.00** di dapatkan **data subjektif** pasien sulit menggerakkan tubuhnya, **data objektif** pasien tampak belum bisa duduk, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan **“ Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak”.**

Data fokus yang ketiga pada saat di lakukan pengkajian keperawatan pada tanggal **22 februari 2023**, pada pukul **12.00** di dapatkan data subjektif pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di perut bagian bawah, dan di dapatkan data objektif ada kemerahan pada area luka pasien, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36^oc dan

Spo2: 99%, sehingga dari data subjektif dan data objektif yang di dapatkan, maka muncullah diagnosa keperawatan “**Risiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur infasiv**”.

1. Intervensi

Setelah melakukan pengkajian pada Analisa data, selanjutnya pada tanggal 22 Maret 2023 pukul 13.00, telah di tetapkan rencana keperawatan, berdasarkan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan ke satu yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil :Keluhan nyeri menurun, pasien tampak meringis menurun. Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri.
2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam
4. Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Pergerakan Ekstremitas meningkat dan Kekuatan otot meningkat, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur infasiv , tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Kebersihan tangan meningkat, Kemerahan menurun, Kebersihan badan meningkat, Demam menurun, Nyeri menurun, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, ajarkan cara merawat kulit pada daerah post operasi, Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat, ajarkan cara mencuci tangan.

2. Implementasi

Hari kamis, **23 februari 2023, pukul 09.30 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi yang berada diperut bagian bawah, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bagian bawah S : skala nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/80mHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36^oc dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri langkah-langkahnya atur posisi yang nyaman lingkungan yang tenang lalu menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 ditahan selama 5-10 detik kemudian hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut. sedangkan latihan nafas menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh, di dapatkan respons pasien dengan **data subjektif**: klien mengatakan memahami instruksi yang di berikan, lalu di dapatkan **data objektif** : klien mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam untuk memperingan nyeri.

Hari Kamis , **23 Februari 2023 pukul 10.00 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya, lalu di dapatkan **data objektif** : pasien tampak lemah, aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan **data objektif** : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan **data subjektif**: keluarga pasien mengatakan membantu klien mobilisasi dari berbaring ke posisi duduk, lalu di dapatkan **data objektif** : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

Hari Kamis, **23 Maret 2023 pukul 10.45 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu Resiko infeksi dibuktikan dengan dengan Efek prosedur infasiv, Implementasi 1 yaitu : Mengidentifikasi karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan **data subjektif** : klien mengatakan luka terasa nyeri, **data objektif** : ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengedukasi tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, **data objektif**: klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.

Hari Jumat, **24 Februari 2023, pukul 15.00 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** pasien mengatakan masih merasa Nyeri pada

luka post operasi yang berada diperut , P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bagian bawah S : skala nyeri 6, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 89x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu memonitor keberhasilan terapi yang sudah diberikan , di dapatkan respons pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan nyerinya sedikit berkurang dibandingkan dengan hari kemarin **data objektif** : klien tampak lebih tenang dan mengerti cara teknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri. Pada hari kedua skala nyeri turun dari 8 menjadi 6.

Hari jumat, **24 februari 2023 pukul 15.30 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya sudah mampu duduk sedikit demi sedikit di bantu oleh keluarga, lalu di dapatkan **data objektif** : pasien tampak lemah, aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan **data objektif** : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan **data subjektif** : keluarga pasien mengatakan membantu klien mobilisasi dari berbaring ke posisi duduk, lalu di dapatkan **data objektif** : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

Hari jumat, **24 februari 2023 pukul 15.50 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur infasiv, Implementasi 1 yaitu : Memonitor karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan **data subjektif** : klien mengatakan luka terasa nyeri, **data objektif** : ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area

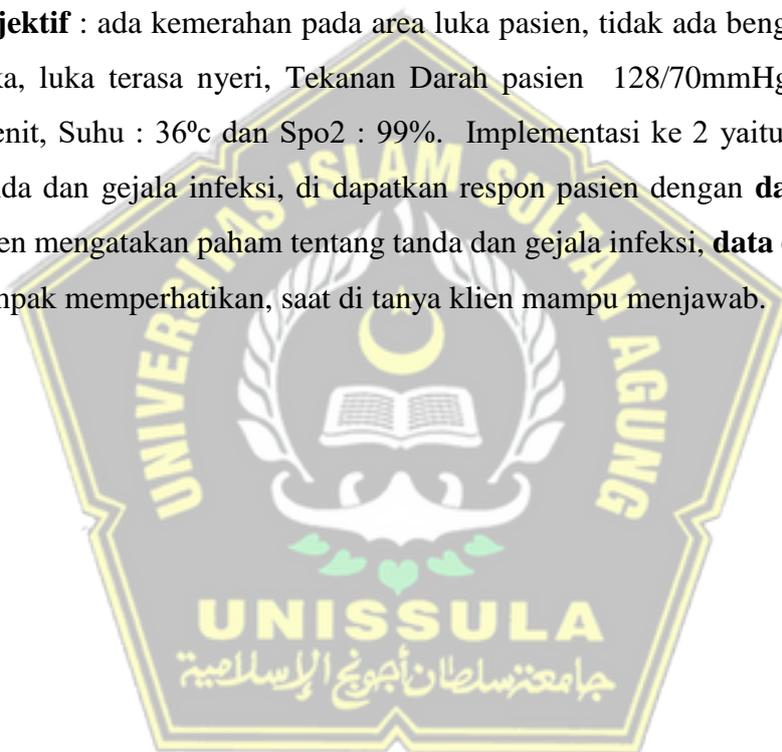
luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 125/88mmHg, Nadi : 89x/ Menit, Suhu : 36^oc dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu Mengedukasi tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, **data objektif** : klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.

Hari sabtu, **25 februari 2023, pukul 09.30 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** pasien mengatakan masih merasakan Nyeri pada luka post operasi yang berada di perutnya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada bagian perut S : skala nyeri 5, T : Nyeri di rasakan sudah hilang dan timbul. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 122/70mmHg, Nadi : 84x/ Menit, Suhu: 36^oc dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk memperingan nyeri, di dapatkan respons pasien dengan **data subjektif**: klien mengatakan memahami instruksi yang di berikan, lalu di dapatkan **data objektif** : klien mendemonstrasikan teknik tarik nafas dalam untuk memperingan nyeri.

Hari sabtu, **25 februari 2023 pukul 10.00 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 2 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, implementasi 1 yaitu : mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, lalu di dapatkan **data objektif** : pasien tampak lemah, beberapa aktivitas pasien masih di bantu oleh keluarganya. Implementasi ke 2 yaitu menjelaskan prosedur yang Di berikan, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : Klien mengatakan paham tentang prosedur dan tujuan mobilisasi, lalu di dapatkan **data objektif** : klien tampak mengerti, saat di tanya klien mampu menjawab. Implementasi yang ke 3 yaitu Melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi, di dapatkan respons dengan **data subjektif**

: keluarga pasien mengatakan membantu klien di beberapa aktivitasnya, lalu di dapatkan **data objektif** : keluarga pasien tampak mengerti anjuran yang di berikan.

Hari sabtu, **25 februari 2023 pukul 10.40 WIB**, melakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa ke 3 yaitu Resiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur infasiv, Implementasi 1 yaitu : Memonitor karakteristik luka, apakah terdapat tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon klien dengan **data subjektif** : klien mengatakan luka terasa nyeri, **data objektif** : ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 128/70mmHg, Nadi : 85x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%. Implementasi ke 2 yaitu Mengedukasi tanda dan gejala infeksi, di dapatkan respon pasien dengan **data subjektif** : klien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi, **data objektif**: klien tampak memperhatikan, saat di tanya klien mampu menjawab.



3. Evaluasi

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari kamis, **23 februari 2023, pukul 09.30 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada perut bawah, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bagian bawah S : ska la nyeri 8, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36^oc dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua di lakukan pada hari kamis, **23 februari 2023, pukul 10.00 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien pasien sulit menggerakkan tubuhnya, **data objektif** pasien tampak belum bisa duduk, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari kamis, **23 februari 2023, pukul 10.30WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di perut bawah, dan di dapatkan **data objektif** ada kemerahan pada area luka pasien tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah pasien 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu: 36^oc dan Spo2 : 99%.Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari jumat, **24 februari 2023, pukul 15.00 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada perut bawahnya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bagian bawah S : skala nyeri 6, T : Nyeri di rasakan terus menerus. Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 89x/ Menit, Suhu : 36^oc dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua di lakukan pada hari jumat, **24 februari 2023, pukul 15.30 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien pasien sulit

menggerakkan tubuhnya, pasien mengatakan sudah latihan duduk di bantu keluarganya, **data objektif** pasien tampak bisa duduk di bantu keluarga, lemas, dan semua aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari jumat, **24 februari 2023, pukul 15.40 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada diperut bawah, dan di dapatkan **data objektif** ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, luka terasa nyeri, Tekanan Darah : 125/88mmHg, Nadi : 88x/ Menit, Suhu: 36°C dan Spo2 : 99%. Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa pertama di lakukan pada hari sabtu, **25 februari 2023, pukul 10.00 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada perut bawah, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R : Nyeri pada perut bagian bawah S : skala nyeri 5, T : Nyeri di rasakan sudah hilang dan timbul, Lalu di dapatkan **Data objektif** pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah : 120/70mmHg, Nadi : 84x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%, Analisa masalah teratasi sebagian , planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa kedua di lakukan pada hari sabtu, **25 februari 2023, pukul 10.30 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien mulai bisa menggerakkan tubuhnya, pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, **data objektif** pasien tampak bisa duduk, lemas, dan beberapa aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.

Evaluasi diagnosa ketiga di lakukan pada hari sabtu, **25 februari 2023, pukul 10.40 WIB**, di dapatkan **data subjektif** pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di perut bagian bawah, dan di dapatkan **data objektif** ada kemerahan pada area luka pasien, nyeri pada luka hilang dan timbul, Tekanan Darah: 120/70mmHg, Nadi : 84x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2: 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang perawatan Tn. B dengan kasus post op hernia inguinalis lateral di Ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak. Penulis melakukan pengkajian dan asuhan keperawatan selama 3 hari. Perawatan yang sistematis, tahap Asuhan Keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, penentuan rencana perawatan, implementasi prosedur perawatan dan evaluasi perawatan pasien.

A. Pengkajian

Pengkajian ialah kegiatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data klien dari sumber-sumber yang ada untuk mengenal keadaan klien saat ini. Pengkajian keperawatan merupakan suatu yang mendasar sebagian acuan terpenuhinya kebutuhan klien (Budiono, 2016). Pengkajian keperawatan adalah proses berkelanjutan yang dilakukan oleh staf keperawatan pada pasien untuk mengumpulkan informasi guna menentukan masalah keperawatan yang sedang dihadapi pasien. Proses penilaian pasien yang efektif mengarah pada keputusan tentang perawatan segera pasien dan kebutuhan berkelanjutan pasien (Suhanda & Ahmad, 2022)

Penelitian dilakukan pada Tn.B dengan diagnosa hernia inguinalis pada tanggal 22 Februari 2023 di Ruang Abdurahmanwahid RSI NU Demak. pengkajian yang dilakukan antara lain: Identitas pasien dan penanggung jawab, riwayat medis, pola pembedahan, pemeriksaan fisik, informasi pendukung dan analisis data.

Pasien bernama Tn. B, berumur 26 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SMA, Alamat di Demak, sehari hari berprofesi sebagai pekerja pabrik, masuk ke rumah sakit pada tanggal 22 februari 2023. Sebelumnya Tn. B tidak memiliki riwayat penyakit hernia dan penyakit keturunan lain seperti hipertensi dan diabetes melitus, pihak keluarga juga mengatakan tidak memiliki penyakit sama seperti yang di derita oleh Tn. B.

Saat pemeriksaan fisik dilakukan ditemukan beberapa masalah keperawatan yang dapat digunakan untuk memperkuat pengangkatan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian yang dilakukan kepada Tn. B diperoleh kondisi umum pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang berada di perut bagian bawah, klien juga mengeluh tidak dapat menggerakkan tubuhnya. Penulis merumuskan tiga diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, dan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, Pengkajian yang dilakukan pada Tn. B merupakan pengkajian dengan menggunakan pola gordon, meski demikian, masih terdapat banyak kekurangan. Pasien dan keluarga bersikap kooperatif dalam melaksanakan prosedur tindakan, akan tetapi penulis sedikit terkendala pada saat melakukan prosedur tindakan dikarenakan pasien lebih banyak tidur.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses kedua dari asuhan keperawatan yang melibatkan analisis informasi subyektif dan informasi obyektif yang dikumpulkan dari pengkajian untuk memastikan masalah yang berhubungan dengan perawatan pasien. Dalam hal ini, penulis mengambil tiga diagnosa. Untuk menentukan prioritas masalah keperawatan, penulis menggunakan teori hierarki Maslow yang terdiri dari beberapa kebutuhan yaitu: Kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri (Ainy & Nurlaily, 2021). Berdasarkan teori keperawatan, diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien hernia inguinalis posterior :

a. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Menurut SDKI , nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan nyata atau fungsional yang terjadi secara tiba-tiba atau perlahan dalam waktu kurang dari 3 bulan. Diagnosis ini ditegakkan bila informasi pendukung utama berupa keluhan nyeri, gelisah, sulit tidur dan informasi minor tentang peningkatan tekanan darah dan pernapasan.

Pionir psikologis Maslow mengatakan bahwa setelah kebutuhan fisiologis,

kebutuhan akan kenyamanan merupakan kebutuhan yang paling mendasar yang harus dipenuhi. Seseorang yang kesakitan mengganggu aktivitas sehari-harinya. Orang tersebut terganggu dalam memenuhi kebutuhan mereka untuk istirahat dan tidur, pemenuhan individu, dan aspek interaksi sosial, yang mungkin termasuk menghindari percakapan, penarikan diri, dan penghindaran sosial. Selain itu, seseorang dengan nyeri parah yang terus-menerus, jika tidak ditangani, pada akhirnya dapat menyebabkan syok neurologis pada orang tersebut (Agung et al,2020).

Penulis menegakkan diagnosa nyeri sebagai diagnosa prioritas karena keluhan nyeri yang dirasakan pasien kondisi nyeri tersebut jika tidak segera ditangani akan menyebabkan ketidaknyamanan pasien dan dapat mengganggu pasien sehingga menimbulkan rasa takut untuk beraktivitas.

Diagnosa nyeri akut ditegakan karena pada pengkajian yang dilakukan, di dapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, skala nyeri yang di rasakan adalah 8, dan juga di dapatkan data objektif klien tampak meringis, tekanan darah : 120/80mmHg, Nadi : 82x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 99%. Alasan penulis memilih Nyeri akut sebagai diagnosa utama di karenakan menurut (Tanra, 2020): Meskipun nyeri akut merupakan respon normal akibat adanya kerusakan jaringan, namun dapat menimbulkan gangguan fisik, psikologis, maupun emosional dan tanpa manajemen yang adekuat dapat berkembang menjadi nyeri kronik.

b. gangguan mobilitas berhubungan dengan keengganan untuk bergerak.

Mobilitas berkurang adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak bebas karena keadaan yang menghalangi gerak (aktivitas), mis. Trauma tulang belakang, cedera otak berat dengan patah tulang tungkai dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Heriana, 2014).

Alasan diagnosa tersebut diangkat karena didapatkan data-data yang mendukung secara subjektif yaitu pasien mengatakan mobilitasnya terganggu, perutnya sakit saat melakukan pergerakan dan dibantu saat mandi dan berganti pakaian. Data objektif pasien terlihat lemah, kesulitan menggerakkan tubuh. Penulis tidak memprioritaskan diagnosa tersebut karena tidak mengancam jiwa

pasien, tetapi jika tidak ditegakan pasien tidak akan mampu beraktifitas dengan mandiri.

Menurut (PPNI,2017) dapat dikatakan Gangguan mobilitas fisik jika pasien memiliki gejala tanda mayor seperti mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, dengan data objektif kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, serta terdapat gejala dan tanda minor nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, dengan data objektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

- c. risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Perawatan luka merupakan salah satu teknik untuk mengatasi infeksi luka karena infeksi dapat mengganggu proses penyembuhan luka. Infeksi luka pasca operasi merupakan masalah utama dalam praktek bedah (Potter, 2006).

Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena memenuhi batasan karakteistik dan data-data yang mendukung secara subjektif pasien mengatakan luka post hernia inguinalis terasa perih dan data objektif terdapat kemerahan pada luka hernia inguinalis. Meskipun diagnosa tersebut bukan prioritas, jika tidak ditangani akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi pada pasien yang akan menghambat proses penyembuhan.

Diagnosa ini ditegakkan karena adanya luka jahitan post operasi pada perut bagian bawah, faktor resiko dari adanya luka jahitan post operasi pada pasien yaitu, Penyakit kronis, efek prosedur infasiv, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ke tidak adekuat kanpertahanan tubuh primer dan sekunder (PPNI,2017).

Menurut (PPNI,2017). risiko infeksi adalah Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Infeksi luka operasi merupakan infeksi yang sering terjadi pada pasien paska pembedahan (Riska Safitri, S 2019).

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan pengkajian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, pasien tampak meringis menurun. Adapun intervensi yang akan dilakukan yaitu :Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik relaksasi nafas dalam dan Kolaborasi pemberian Analgetik jika perlu. teknik non-medis untuk menghilangkan rasa sakit diajarkan Teknik non farmakologi merupakan fokus dari asuhan keperawatan penulis, teknik non farmakologi adalah teknik pernapasan atau relaksasi. Teknik relaksasi dapat meredakan nyeri dengan melepaskan ketegangan otot yang menopang nyeri. Teknik relaksasi terdiri dari pernapasan perut yang lambat dan berirama. Pasien dapat memejamkan mata dan bernapas perlahan dan nyaman (Smeltzer et al, 2010).

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak

Intervensi yang diterapkan pada Diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Pergerakan Ekstremitas meningkat dan Kekuatan otot meningkat, Adapun intervensi yang akan di lakukan yaitu : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasiv

Intervensi keperawatan yang di terapkan pada diagnosa Risiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur infasiv , yaitu : Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Ajarkan cara merawat kulit pada daerah yang edema, Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat, Ajarkan cara mencuci tangan dengan tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: kebersihan tangan meningkat, kadar sel putih membaik, kemerahan menurun, kebersihan badan meningkat, demam menurun, nyeri menurun.

Sebagian besar infeksi dapat dicegah dengan strategi yang tersedia, yaitu mencuci tangan (Sulastri, 2021). Perawatan luka pasca operasi yang berkualitas selalu mengikuti tindakan pencegahan umum yang ditetapkan, mis. Saat Tn.B mencuci tangannya, sebelum digunakan pada pasien alat yang akan digunakan harus steril. Keberhasilan pengendalian infeksi perawatan luka pasca operasi ditentukan oleh kedisiplinan petugas dalam merawat klien, karena sumber bakteri infeksi luka operasi dapat berasal dari pasien, caregiver dan kelompok kerja, lingkungan dan alat. (Rahman et al, 2018)

D. Implementasi Keperawatan

Pada fase ini, asuhan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan atau rencana yang telah diputuskan sebelumnya. Proses Asuhan keperawatan dimulai dari tanggal 22 hingga 25 februari 2023 dan disesuaikan dengan kondisi, masalah dan kebutuhan klien. Implementasinya didasarkan pada pendekatan terapeutik, sehingga penulis tidak menemukan kesenjangan yang signifikan antara teori dan kasus nyata.

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

Pada diagnosa satu Dalam penanganan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik penulis menggunakan tehnik relaksasi tarik nafas dalam, Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam sebanyak satu kali sehari selama 15 menit untuk meredakan rasa nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan mampu mempraktekan ulang, terasa lebih nyaman namun masih terasa sakit dan data objektif pasien lebih tenang.

Musrifatul dan Hidayat (2011) menjelaskan teori persepsi individu terhadap nyeri yang berbeda menurutnya nyeri merupakan keadaan perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subyektif, karena persepsi rasa sakit setiap orang berbeda menurut ukuran atau kekuatannya dan hanya dia yang bisa menjelaskan atau mengevaluasi rasa sakit yang dia rasakan. Penanganan nyeri dengan teknik relaksasi merupakan pengobatan yang ditujukan untuk menghilangkan nyeri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa latihan pernapasan dalam sangat efektif dalam mengurangi nyeri pasca operasi.

Teknik relaksasi dapat meredakan nyeri dengan melepaskan ketegangan otot yang menopang nyeri. Teknik relaksasi terdiri dari pernapasan perut berirama yang lambat. Pasien dapat memejamkan mata dan bernafas perlahan dan nyaman (Aini & Reskita, 2018).

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak

Pada diagnosa kedua yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Dalam penanganannya penulis melakukan implementasi kepada pasien yaitu mengidentifikasi apakah terdapat nyeri saat menggerakkan ekstremitas kaki dan tangan kanan pasien, mengedukasi dan membantu pasien mobilitas fisik yaitu latihan duduk, berkolaborasi dengan keluarga pasien untuk membantu pasien mobilisasi fisik. Menurut (Garrison 2017) Mobilisasi sangat penting dilakukan Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Infeksi adalah suatu kondisi dimana mikroorganisme dapat masuk ke dalam tubuh dan berkembang biak sehingga menyebabkan infeksi yang ditandai dengan gejala klinis sistemik dan lokal. Luka pada tubuh dapat memberikan peluang masuknya bakteri dan meningkatkan risiko infeksi (Wismoyo & Putra, 2018).

Pada diagnosa ketiga, Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur kegiatan invasif Dalam penanganannya, penulis mengedukasi pasien tentang tanda dan gejala infeksi luka post operasi, bagaimana cara merawat luka post operasi yang benar, dan mengajarkan teknik mencuci tangan yang benar. tanda dan gejala infeksi berikut ini : nyeri, edema lokal, eritema, atau rabaan hangat dan insisi superfisialis dibuka dengan sengaja oleh ahli bedah, kecuali hasil kulturnya negatif.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah studi tentang respon pasien setelah intervensi keperawatan dan mengkaji dari proses keperawatan yang diberikan (Deswani, 2009). Evaluasi keperawatan adalah kegiatan berkelanjutan untuk mengetahui apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dapat dilanjutkan, direvisi atau dihentikan (Manurung, 2011).

Evaluasi diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Evaluasi yang di dapatkan setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3 shift di dapatkan data subjektif pasien yaitu : klien mengatakan nyeri post operasi pada bagian perut bawahnya, P : Adanya luka post operasi, Q : Nyeri terasa menusuk R: Nyeri pada perut bagian bawah S : skala nyeri 5, T : Nyeri di rasakan sudah hilang dan timbul, Lalu di dapatkan Data objektif pasien tampak gelisah dan beberapa kali meringis menahan sakit, Tekanan Darah: 120/80mmHg, Nadi: 85x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%, Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi.

Setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3x shift, penulis melakukan Evaluasi kembali yang di lakukan pada hari sabtu, 25 february 2023, pukul 10.00WIB, di dapatkan data subjektif pasien pasien mulai bisa menggerakkan tubuhnya, pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri sedikit demi sedikit, data objektif pasien tampak bisa duduk, lemas, dan beberapa aktivitasnya di bantu oleh keluarganya. Analisa masalah teratasi sebagian, planing lanjutkan intervensi. bahwa mengubah posisi atau tirah baring sesering mungkin, mengajarkan pasien untuk memposisikan tungkai selama abduksi dengan meletakkan bantal di antara kedua tungkai untuk menghindari adduksi, dan bahwa aktivitas fungsional efektif pada pasien dengan Hambatan mobilitas fisik dan data pendukung dengan mengevaluasi pasien dianggap mampu duduk dengan posisi duduk, mampu melakukan aktivitas fungsional (Agustin & Purwanti 2017).

Pada diagnosa ketiga, setelah di lakukan implementasi keperawatan selama 3x shift, kembali dilakukan evaluasi pada hari sabtu, 25 february 2023, pukul 10.40WIB, di dapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi yang ada di perut bawahnya, dan di dapatkan data objektif tidak ada kemerahan pada area luka pasien, tidak ada bengkak pada area luka, nyeri pada luka hilang dan timbul, Tekanan Darah: 120/70mmHg, Nadi : 84x/ Menit, Suhu : 36°C dan Spo2 : 99%, Analisa masalah belum teratasi, planing lanjutkan intervensi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam BAB V penulis dapat menyimpulkan dari asuhan keperawatan selama 3x8 jam pada kasus Tn.B dengan diagnosa post Hernia Inguinalis Lateral di ruang Abdurahmanwahid Ruimah Sakit Islam NU Demak.

1. Konsep dasar penyakit

Hernia adalah penyakit yang terjadi ketika adanya pembengkakan di bawah selangkangan, lebih tepatnya di selangkangan atau skrotum.

2. Pengkajian

Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Tn. B dengan post Hernia Inguinalis Lateral didapatkan subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakan tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif .

3. Prioritas masalah dan diagnosa keperawatan

Diagnosa yang ditegakan berdasarkan keluhan dan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada pasien pada rekam medis pasien, diagnosa yang ditegakan adalah 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk bergerak, dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Diagnosa yang diprioritaskan oleh penulis adalah nyeri akut.

Evaluasi diagnosa keperawatan yang dilakukan penulis yaitu menghentikan intervensi karena masalah yang dihadapi oleh pasien dapat teratasi oleh penulis.

B. SARAN

1. Bagi Anggota profesi

Penulis berharap seluruh tenaga medis terutama perawat mampu mengedukasi lebih lanjut terhadap pasien yang hanya mampu untuk tirah baring dan memantau respons pasien terhadap luka post op.

3. Bagi Institusi

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini mampu menjadi bahan literature untuk penulis yang lainnya

3. Bagi Masyarakat

Penulis berharap masyarakat terutama pasien dan keluarga mampu menambah wawasan mengenai penyakit hernia. Serta mengetahui tindakan yang dapat dilakukan secara mandiri untuk mengurangi keluhan.



DAFTAR PUSTAKA

Farrell Maureen, D. J. (2010). (Lynda Juall Capernito, Yasmin Asih 2013) Budiono. 2016. *KONSEP DASAR KEPERAWATAN. KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*. Vol. 4.

Mulyadi, D., Gedeona, H. T., & Nurafandi, M. (2015). *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik: konsep dan aplikasi proses kebijakan publik berbasis analisis bukti untuk pelayanan publik / Deddy Mulyadi; editor, Hendrikus T. Gedeona, M. Nurafandi*.

Nubuwah, R. T. N. (2019). *PENTINGNYA PENENTUAN PRIORITAS MASALAH UNTUK MENENTUKAN PERENCANAAN KEPERAWATAN YANG TEPAT SESUAI DENGAN KEBUTUHAN PASIEN*.

Patricia Potter, A. P. (2010). *Keperawatan Mendasar (3-Vol Set)*.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Purba, A. O. (2012). Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan. *Pelaksanaan Evaluasi Untuk Mengukur Pencapaian Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*.

Olyfia Shelen, Friska, Adiratna Sekar Siwi, Tophan Heri Wibowo, Program Studi Keperawatan Diploma Tiga, and Universitas Harapan Bangsa Purwokerto. 2022. "Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Dengan Post Operasi Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Acute Pain Nursing Care With Post Operation of Dextra Lateralis Inguinal Hernia." *Jurnal Keperawatan Notokusumo (JKN)* Volume 10, Nomor 2 (P-ISSN : 2338-4514).

RI, D. (2013). Profil kesehatan indonesia tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Indonesia*.

Rawis, Claudia G, Hilman P Limpeleh, and Paul A.V. Wowling. 2015. "Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof . Dr . R . D . Kandou Manado." *Jurnal E-Clinic (ECI)* 3 (2): 695–99.

Tim, Poltekkes Depkes Jakarta I. 2015. *Masalah Kesehatan Remaja Dan Solusinya*.

Tim, P. D. J. I. (2015). *Masalah Kesehatan Remaja dan Solusinya*.

WIJAYA, Andra Saferi PUTRI, Y. M. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah: Keperawatan dewasa teori dan contoh askep*.

Sari F, Kartina, Batubara, M. (2020). Indonesian Journal of Health Research. *Indonesian Journal of Health Research*, 2(1), 327–334.

Syokumawena, Mediarti, D., & Janianti, N. (2018). *Poltekkes Kemenkes Palembang*. 2, 52–59.

