

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN PRE&POST
OPERASI HERNIORRAPHY INGUINALIS LATERALIS
DEXTRA DI RUANG ABDURRAHMAN WAHID RUMAH
SAKIT ISLAM NAHDATUL ULAMA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Di ajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh

Fajria Cindy Setyaninrgum

40902000101

PROGRAM STUDI DII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN PRE&POST
OPERASI HERNIORRAPHY INGUINALIS LATERALIS
DEXTRA DI RUANG ABDURRAHMAN WAHID RUMAH
SAKIT ISLAM NAHDATUL ULAMA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Fajria Cindy Setyaningrum

NIM : 40902000101

PROGRAM STUDI DII KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

2023

HALAMAN PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa 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 yang bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 19 Mei 2023
Yang menyatakan,



(Fajria Cindy Setyaningrum)

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN PRE&POST
OPERASI HERNIORRAPHY INGUINALIS LATERALIS
DEXTRA DI RUANG ABDURRAHMAN WAHID RUMAH
SAKIT ISLAM NAHDATUL ULAMA DEMAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Fajria Cindy Setyaningrum

40902000101

Telah disetujui untuk dipertahankan dan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis
Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang

pada:

Hari : Jum'at
Tanggal : 19 Mei 2023

UNISSULA
SEMARANG

Pembimbing,



Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep., Sp. Kep.M.B
NIDN: 06-0203-7603

MOTTO

“Setiap bunga memiliki waktu mekarnya masing-masing. Setiap orang memiliki jalan dan waktu kesuksesan yang berbeda.”

“Janganlah kamu berdua khawatir, sesungguhnya Aku beserta kamu berdua, Aku mendengar dan melihat.”

(Q.S Thaha: 46)

“Believe in yourself and all that you are. Know that there is something inside you that is greater than any obstacle.”

- Christian D. Larson



KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahirobil ‘alamin, segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan Pre&Post Operasi Hernia Inguinalis Lateralis Dextra di Ruang Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak “ . Karya tulis ilmiah ini di susun untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Ahli Madya Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan, bimbingan bantuan dan kemudahan dari berbagai pihak sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat di selesaikan. Dengan ketulusan hati, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr Gunarto SH MHum Selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Iwan Ardian S.KM., M. Kep. Selaku Dekan Program Studi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muhammad Abdurrouf, M. Kep. Selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep., Sp. Kep. M.B Selaku Dosen Pembimbing yang telah sabar dan tulus memberikan banyak perhatian, dukungan, saran dan arahan.
6. Segenap Dosen dan Staff Program Studi Fakultas Ilmu Keperawatan Universita Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
7. Kepada keluarga terutama kedua orang tua penulis yaitu Ibu Siti Rukilah dan Bapak Budi Haryanto yang tidak pernah putus asa mencari biaya kuliah agar cita-cita saya dapat tercapai dan tidak pernah berhenti mendoakan yang terbaik untuk penulis. Dan tak lupa adik penulis yang selalu memberi dukungan serta kasih dan sayang yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, penulis sangat bangga dan bersyukur memiliki keluarga seperti beliau.
8. Kepada Donny Alfarezi yang telah membersamai dan mendukung penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, penulis sangat bersyukur di temani di masa masa sulitnya.
9. Kepada teman penulis yaitu Aldityano, yang telah berbaik hati meminjamkan laptop selama penulis mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada teman-teman satu bimbingan dan tidak lupa juga sahabat-sahabat penulis terlibat dalam membantu dan mendukung penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN PLAGIARISME.....	3
HALAMAN PERSETUJAN	iv
MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.2.1 Tujuan umum.....	3
1.2.2 Tujuan khusus	4
1.3 Manfaat	4
1.3.1 Bagi Penulis	4
1.3.2 Bagi Instusi Pendidikan.....	4
1.3.3 Profesi Keperawatan	4
1.3.4 Lahan Praktik	4
BAB II	4
TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Penyakit	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Patofisiologi	6
2.1.4 Manifestasi Klinis	6

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik	7
2.1.6 Komplikasi.....	8
2.1.7 Penatalaksanaan Medis.....	8
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Genogram	11
2.2.3 Pola pengkajian fungsional (Data Fokus).....	11
2.2.4 Pemeriksaan Fsik	13
2.3 Diagnosa Keperawatan	14
2.4 Intervensi.....	15
2.5 Implementasi.....	18
2.6 Evaluasi.....	18
2.7 Pathways	19
BAB III.....	20
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	20
3.1 Pengkajian.....	20
3.2 Genogram.....	21
3.3 Analisa Data.....	26
3.4 Diagnosa Keperawatan	27
3.5 Intervensi.....	27
3.6 Implementasi	28
3.7 Evaluasi.....	32
BAB IV	34
PEMBAHASAN.....	34
4.1 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh.....	35

4.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	36
BAB V.....	39
5.1 Kesimpulan	39
5.2 Saran	39
LEMBAR KONSULTASI.....	42
LAMPIRAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	44
DAFTAR PUSTAKA.....	60



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan suatu penonjolan pada isi intraabdominal melalui dinding abdomen. Kasus hernia yang paling sering di temui adalah hernia inguinalis. Hernia inguinalis yaitu suatu kondisi dimana struktur organ keluar dari tempat normalnya melalui daerah inguinal tanpa dapat kembali ke posisi semula. Hernia inguinalis memiliki karakteristik yaitu adanya benjolan pada daerah lipatan paha atau selangkangan dan biasa terjadi pada skrotum. Masyarakat atau orang awam biasa menyebut penyakit hernia dengan istilah “turun bero”(Sjamsuhidajat, 2016). Laki laki cenderung beresiko tinggi dibandingkan perempuan di karenakan faktor resiko dari hernia sendiri yaitu struktur anatomi kanalis inguinalis pada pria lebih besar. Faktor pekerjaan laki-laki yang memiliki intensitas lebih berat menjadi salah satu penyebab terjadinya hernia pada laki-laki lebih tinggi. (Hamriyani, 2020)

Bersumber pada informasi yang di peroleh dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 di dapatkan pravelensi penderita hernia sebanyak 350 kasus per 1000 populasi. Di negara maju hingga 17% per 1000 penduduk, sebaliknya beberapa negara di Asia Tenggara angka kejadian penyakit hernia berkisar 59% (WHO 2016). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 hernia menempati urutan kedua terbanyak setelah apendicitis dengan total kasus 2.245 kasus hernia. Diperkirakan kasus hernia di Jawa Tengah lebih dari 500 kasus pasien hernia. Pravelensi hernia inguinalis pada pria 13,9% dan 2,1% pada wanita. Pada orang dewasa hernia biasa terjadi pada umur 25-60 tahun. Dari data tersebut terjadi peningkatan setiap tahunnya di karenakan minimnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan (Hidayati, 2022)

Dampak yang sering terjadi jika hernia di biarkan terus menerus yaitu hernia akan semakin tumbuh membesar dan dapat mengganggu aktivitas maupun bentuk tubuh. Komplikasi pada hernia yaitu terjadinya

perlengketan isi hernia pada dinding kantung hernia sehingga isi hernia tidak bisa masuk kembali, luka pada usus, pada pasien laki-laki terjadi gangguan suplai darah ke testis (Nur 2017) Tindakan yang biasa di lakukan pada hernia inguinalis adalah dengan pembedahan (Kritsyanasari 2017).

Salah satu penatalaksanaan pada kasus hernia inguinalis dengan tindakan pembedahan yaitu operasi *herniorraphy* dimana operasi ini adalah gabungan dari herniotomy dan hernioplasty. (Jones 2017) *Herniorraphy* sendiri adalah pembedahan pada kantong hernia disertai operasi plastik supaya dinding abdomen pada bagian bawah di belakang kanalis inguinalis lebih kuat (Jitowiyono 2017). Tindakan operasi ini bertujuan untuk meminimalisir analus inguinalis intermus dan untuk memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis. Setelah di lakukan operasi *herniorraphy* ada beberapa masalah yang akan muncul yaitu nyeri.

Nyeri sering terjadi pada pasien post operasi *herniorraphy*, keadaan ini dapat mengganggu pasien pada kesehatan fisik maupun non fisik sehingga menyebabkan rasa tidak nyaman dan penurunan aktivitas. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) pada tahun 2016 nyeri merupakan perasaan tidak menyenangkan baik sensoris maupun secara emosional yang di akibatkan karena kerusakan jaringan yang actual dari program operasi (PPNI, 2016). Nyeri merupakan tanda penting terhadap adanya gangguan jaringan (Yanti & Susanto, 2022) Salah satu tindakan yang bisa di lakukan perawat yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri sendiri dapat di artikan sebagai pengelolaan yang akan di berikan kepada pasien untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien. Tindakan yang biasa di berikan di bagi menjadi 2 kategori yaitu terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis (Nurbadriyah 2020). Penanganan nyeri bisa di berikan secara terapi farmakologis dengan obat-obatan seperti analgesik dan anestesi (Mallinson 2017)

Peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan termasuk tindakan promotive, preventif, dan kolaboratif dengan tim medis dalam pelaksanaan pengobatan dan rehabilitasi. Perawat memiliki

keterampilan dan pengetahuan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia terutama mengenai cara penanganan pasien post operasi hernia inguinalis (Gujarati 2018). Perawat memiliki peran yang sangat penting *untuk* menangani pasien dengan kasus post operasi *herniorraphy* selain membantu pasien selama 24 jam, perawat melakukan tindakan nonfarmakologis yang terbilang efektif untuk meredakan rasa nyeri pada pasien yaitu teknik relaksasi tarik nafas dalam dan distraksi berupa terapi musik.

Berdasarkan uraian yang telah penulis paparkan maka penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan Herniorraphy Inguinalis Lateralis Dextra Di Rumah Sakit Islam NU Demak”

1.2 Rumusan Masalah

Hernia inguinalis merupakan hernia yang sering terjadi di bandingkan jenis hernia lain. Bersumber pada informasi yang di peroleh dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016 di dapatkan pravelensi penderita hernia 350 kasus per 1000 populasi, di negara maju sebanyak 17% dari 1000 penduduk sebaliknya, sebagian negeri di Asia Tenggara mengidap penyakit hernia berkisar 59% (WHO 2016). Berdasarkan latar belakang di atas maka perumusan masalah yang dapat di simpulkan adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Tn. P dengan Post Operasi Herniorraphy Inguinalis Lateralis Dextra”

1.2.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi *herniorraphy* inguinalis dextra dan mampu mengaplikasikannya pada pasien hernia inguinalis.

1.2.2 Tujuan khusus

- a. Mampu mengetahui konsep dasar penyakit meliputi, pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diasnostik komplikasi dan penatalaksanaan medis.
- b. Mampu mengetahui konsep asuhan keperawatan meliputi, pengkajian diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.
- c. Mampu menggambarkan dan menganalisis asuhan keperawatan pada Tn.P meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan wawasan memberikan dalam memberikan asuhan keperawatan yang baik dan benar pada pasien hernia inguinalis

1.3.2 Bagi Instusi Pendidikan

Sebagai bahan acuan kegiatan belajar mengajar mengenai asuhan keperawatan dengan kasus hernia inguinalis

1.3.3 Profesi Keperawatan

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatam yang baik dan optimal

1.3.4 Lahan Praktik

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensi pada kasus hernia inguinalis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Hernia berasal dari kata latin *herniae* yang berarti penonjolan isi rongga melalui jaringan ikat lemah dinding rongga. Dinding rongga akan membentuk kantong dengan pintu seperti cincin (Aisyah & Dwi Hernawan, n.d.). Hernia dapat didefinisikan sebagai penonjolan isi suatu rongga melalui bagian lemah dari dinding rongga yang di dapat. Hernia memiliki tiga bagian meliputi kantong hernia, isi hernia, dan cincin hernia. Berdasarkan lokasinya hernia terbagi menjadi hernia hiatal, hernia epigastrik, hernia umbilikal, hernia femorali, hernia insisional, hernia nucleus pulposi, dan hernia inguinalis. (Kurniawati et al., 2021)

Hernia inguinalis merupakan kasus yang umumnya sering di temui, salah satu ciri khas hernia inguinalis adalah adanya penonjolan di bawah inguinalis lebih tepatnya pada area lipatan di area paha atau bisa terjadi pada area skrotum. Hernia inguinalis di bagi menjadi dua yaitu hernia inguinalis lateralis (indirek) dan hernia inguinalis medialis (direk). (Sjamsuhidayat, 2016). Hernia inguinalis lateralis suatu penonjolan yang keluar dari rongga perut melalui anulus inguinalis internus yang biasa terletak di lateral pembuluh epigastrika inferior (Mustikaturrokhmah & Idoan Sijabat, 2022)

2.1.2 Etiologi

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya hernia menurut (Aprilia, 2022; Siringo Ringo, 2019) yaitu :

1. Terdapat cairan di rongga perut (*ascites*)
2. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)
3. Bawaan sejak lahir
4. Keturunan atau keluarga memiliki riwayat terkena hernia
5. Mengejan
6. Peningkatan tekanan intraabdomen secara berulang

7. Kelemahan pada area daerah otot-otot dinding abdomen
8. Terbukanya prosesus vaginalis baik secara kongenital maupun akuisita
9. Pekerjaan yang membutuhkan kekuatan tubuh
10. Batuk dalam jangka waktu panjang

2.1.3 Patofisiologi

Hernia berkembang pada saat intraabdominal mengalami peningkatan tekanan seperti mengejan, bersin terlalu kuat, batuk kronis maupun pada saat melakukan aktivitas berat. Tekanan berlebihan pada perut menyebabkan kelemahan, yang bisa disebabkan oleh dinding perut yang tipis. Yang akan terjadi adalah kerusakan pada abdominal dan terjadi hernia. Seiring bertambahnya usia insiden hernia meningkat dikarenakan penyakit yang meningkatkan tekanan intra-abdomen dan mengakibatkan kurangnya kekuatan pada jaringan pendukung. (Muhammad Qiemas, 2020)

Pada orang dewasa, hernia terjadi seiring bertambahnya usia dikarenakan terjadinya kelemahan pada otot-otot dinding perut. Seiring bertambahnya usia, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah tertutup. Kanalis merupakan area *locus minoris resistance*, maka bisa terbuka kembali jika terjadi tekanan intraabdomen seperti batuk kronis, mengejan dan mengangkat barang-barang berat. Hal itu dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis karena terdorongnya suatu jaringan tubuh. Hernia memiliki 3 unsur yaitu kantong hernia terdiri dari peritoneum, isi hernia terdiri dari usus, ovarium, apendiks di vertikel dan bulu-bulu, struktur hernia berupa kulit (skrotum). (Kurniawati et al., 2021).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Keluhan yang biasa terjadi pada orang dewasa adalah terdapatnya penonjolan di inguinalis yang terlihat pada saat mengejan, batuk kronis maupun melakukan pekerjaan yang berat dan menghilang saat istirahat atau

berbaring. Tanda dan gejala hernia inguinalis menurut (Kurniawati et al., 2021; Y. Pebriana, 2020) meliputi :

1. Adanya benjolan di area lipatan paha bisa terjadi di luar maupun di dalam organ.
2. Nyeri di sertai perasaan mual pada area benjolan bila isinya terjepit
3. Merasakan gejala mual dan muntah jika sudah terjadi komplikasi
4. Benjolan hernia akan bertambah besar bila penderita mengejan, batuk maupun mengangkat barang berat.

2.1.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang menurut (Meliani & Dytho, 2022; Siringo Ringo, 2019) pada penderita hernia dapat di lakukan dengan USG (*ultrasonografi*), CT scan, dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*). Dengan pemeriksaan ini, keterlibatan organ yang tertinggal di dalam kantung hernia dapat di ketahui dengan lebih tepat. Pemeriksaan laboratorium yang biasa di lakukan meliputi :

1. Sinar X abdomen untuk mengetahui kadar gas dalam usus atau obstruksi usus
2. Laparoskopi dapat di gunakan untuk mengetahui posisi hernia inguinalis guna mengevaluasi hernia berulang atau tidak
3. Pemeriksaan herniogram dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritoneum guna melihat apakah ada tonjolan yang tidak simetris pada area inguinal.

Pemeriksaan lain yang dapat di lakukan pada penderita hernia dapat di lakukan dengan teknik pemeriksaan sederhana yaitu :

1. Pemeriksaan finger test dengan cara memasukan salah satu jari melalui skrotum menuju kanalis inguinalis. Bila terdapat benjolan yang menyentuh ujung jari maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

2. Pemeriksaan ziemen test dengan dengan melakukan manipulasi peningkatan intraabdomen, bila terdapat benjolan yang menyentuh jari 2 maka akan di asumsikan hernia inguinalis lateralis, bila menyentuh jari ke ke 3 hernia inguinalis medialis, bila menyentuh jari ke 4 maka akan di asumsikan sebagai hernia femoralis
3. Pemeriksaan thumb test di lakukan dengan menekan anulus internis dengan jari pertama, bila benjolan keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis medialis sebaliknya jika benjolan tidak keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia lateralis.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada hernia menurut (Kurniawati et al., 2021; Meliani & Dytho, 2022) meliputi :

1. Terjadi adhesi isi hernia dengan kantong hernia yang membuat isi hernia dengan kantong hernia tidak bisa masuk kembali
2. Terjadinya strangulasi pembuluh darah karena edema yang kemudian akan muncul hematoma
3. Nekrosis usus di karenakan adanya strangulasi pembuluh darah
4. Mengalami retensi urin
5. Pembengkakan pada area testis di karenakan atrofi testis

2.1.7 Penatalaksanaan Medis

Terdapat dua macam penanganan pada hernia

1. Konservatif

Tindakan ini bukan merupakan tindakan sementara sehingga dapat kambuh kembali (Elsya Yosita Utami, 2020; Meliani & Dytho, 2022) meliputi :

- a. Reposisi

Reposisi merupakan prosedur dimana isi hernia di kembalikan ke dalam perut tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam abdomen. Reposisi di lakukan secara bimanual atau menggunakan dua tangan sehingga tangan kiri membentuk corong dan tangan kanan mendorong cincin hernia agar isi hernia dapat kembali ke posisi semula. Tindakan ini tidak di anjurkan di lakukan pada hernia inguinalis strangulasi kecuali pada anak-anak.

b. Suntikan

Di lakukan dengan cara penyuntikan pada daerah sekitar hernia guna memperkecil pintu hernia. Cairan yang di gunakan adalah cairan sklerotik berupa alcohol.

c. Sabuk hernia

Tindakan ini di lakukan pada penderita hernia yang memiliki pintu hernia relative kecil dan penderita yang menolak tindakan operasi.

2. Tindakan operatif

Penatalaksanaan dari hernia inguinalis lateralis adalah dengan di lakukan tindakan operatif. Tindakan operatif merupakan satu-satunya tindakan pengobatan rasional untuk hernia (Mustikaturrokhmah & Idoan Sijabat, 2022). Operasi hernia di bedakan 3 macam :

a. Herniotomy

Herniotomy di lakukan dengan cara membuka kantung hernia untuk memastikan isi kantung hernia. Setelah kantung hernia di buka, masukkan kembali isi kantung hernia ke dalam rongga perut dan ikat serta potong hernia. (Wahid et al., 2019)

b. Hernioplasty

Hernioplasty adalah prosedur pembedahan untuk mencegah hernia berulang dengan mengecilkan cincin

inguinalis dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis (Wahid et al., 2019)

c. Herniorraphy

Herniorraphy merupakan prosedur dimana isi kantung hernia di kembalikan ke perut dan menutup celah yang telah terbuka dengan menjahit pertemuan antara transversus dan muskulus ablikus intermus abdominus ke ligament inguinal. (Siringo Ringo, 2019)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, untuk itu di perlukan ketelitian mengenai masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan. (Hamriyani, 2020) pengkajian terdiri dari beberapa tahap di antaranya :

1. Identitas pasien, meliputi :

Nama, menurut (Kurniawati et al., 2021) sebagian besar pasien hernia inguinalis adalah laki-laki pada usia 25-60 tahun. Agama, Status Perkawinan, Pendidikan, menurut (Pambudi, n.d.) pekerjaan yang berdampak terkena hernia inguinalis adalah pekerjaan yang memerlukan kekuatan tubuh seperti, mengangkat barang-barang yang berat. Tanggal masuk, NO.RM, Diagnosa Medis.

Identitas penanggung jawab meliputi :

Nama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

2. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Menurut (Kurniawati et al., 2021; Muhammad Qiemas, 2020) Pengumpulan data yang di lakukan untuk menentukan sebab yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap pasien. Pada pasien hernia inguinalis keluhan utama yang di

rasakan pasien hernia adalah terdapat benjolan pada lipatan paha atau nyeri hebat yang di rasakan pada daerah abdomen.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji latar belakang pasien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor terjadinya hernia inguinalis seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau keturunan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular.

3. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit hernia merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan terjadinya hernia, seperti diabetes, hipertensi.

2.2.2 Genogram

Merupakan riwayat keluarga yang tersusun dari 3 generasi atau individu yang berisi simbol khusus untuk menjelaskan penyakit dengan keluarga yang memiliki tujuan untuk mengkaji suatu riwayat penyakit yang di miliki keluarga pasien.

Pada pengkajian yang di lakukan penulis pada pasien di dapatkan anak kedua dari tiga bersaudara, dan mempunyai tiga orang anak. Pasien tinggal satu rumah bersama istri dan anak-anaknya. Keluarga pasien tidak memiliki riwayat penyakit, seperti hipertensi, diabetes mellitus, kanker maupun penyakit kronis lainnya. Dari keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit hernia inguinalis.

2.2.3 Pola pengkajian fungsional (Data Fokus)

Pola pengkajian fungsional menurut Gordon, meliputi :

a. Pola eliminasi

Eliminasi mencakup BAB dan BAK. Pola eliminasi menggambarkan keadaan eliminasi pasien sebelum sakit sampai saat

sakit meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, adanya darah, serta keluhan yang yang di rasakan.

b. Personal hygiene

Personal hygiene mencakup kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, dan mengganti pakaian saat sakit.

c. Aktivitas

Aspek yang harus di kaji pada pengkajian aktivitas meliputi : kegiatan yang biasa di lakukan, apakah pasien mampu beraktivitas secara mandiri atau membutuhkan bantuan. Pada pasien hernia inguinalis akan mengalami kelemahan yang dapat menyebabkan terganggunya aktivitas sehari hari. Menurut (Ridlo, 2022) Aktivitas berat menjadi salah satu faktor terjadinya hernia inguinalis.

d. Istirahat dan Tidur

Kaji kualitas istirahat tidur pasien saat sakit dan sebelum sakit. Beberapa aspek yang harus di kaji yaitu, kebiasaan tidur, jam tidur, serta apakah ada kesulitan tidur yang di alami.

e. Nutrisi dan metabolik

Kaji kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi baik sebelum maupun saat sakit. Aspek yang perlu di kaji meliputi : frekuensi makan, porsi makan yang di habiskan, alergi makanan, serta keluhan yang berhubungan dengan nutrisi misalnya, mual dan muntah.

f. Persepsi pemeliharaan kesehatan

Aspek yang harus di kaji yaitu pemahaman pasien mengenai pola kesehatan dan cara penanganannya. Pada pasien hernia inguinalis biasanya hanya menganggap penyakit hernia adalah penyakit yang tidak memerlukan tindakan lebih lanjut.

g. Kognitif- perseptual sensori

Mengkaji pada aspek kognitif, sensorik, maupun motoric adanya perbedaan sebelum dan sesudah operasi pada pasien hernia inguinalis.

Biasanya akan mengalami pusing dan pandangan sedikit kabur pasca operasi bedah.

h. Pola peran dan hubungan

Mengkaji hubungan antar keluarga dan pola interaksi social. Pada pasien hernia biasanya akan sedikit tertutup karena malu dengan penyakitnya.

i. Pola seksualitas dan reproduksi

Mengkaji mengenai pola kepuasan dan ketidakpuasan pasien serta menggambarkan pola reproduksi. Pada pasien hernia sedikit mengalami perubahan pada tingkah kepuasan dan biasanya mengalami gangguan seksualitas.

j. Pola coping dan toleransi stress

Mengkaji mengenai pola coping pada pasien, cara pasien menyelesaikan suatu masalah. Pada pasien hernia biasanya mengalami fase denial atau penyangkalan terhadap penyakitnya.

k. Pola nilai kepercayaan

Mengkaji nilai keyakinan pasien, apakah adanya penyimpangan yang terjadi pada nilai kepercayaan pasien.

2.2.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan yang akan di lakukan menggunakan metode head to toe, yaitu pemeriksaan dari ujung kepala hingga ujung kaki untuk mengetahui tanda-tanda klinik ataupun kelainan yang terjadi. Pemeriksaan fisik di lakukan menggunakan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan fisik meliputi : Kesadaran : Composmentis, somnolen, stupor, spoor koma, koma. Pada saat pasien hernia inguinalis masuk ke rumah sakit biasanya memiliki kesadaran composmentis.

Pemeriksaan pertama yang di lakukan yaitu pemeriksaan bagian kepala meliputi bagaimana kesimetrisan bentuk kepala, tulang kepala berbentuk bulat, pemeriksaan bagian rambut seperti kebersihan kepala, kekuatan rambut. Pemeriksaan mata meliputi, tidak terdapat kelainan khusus tidak

akterik ataupun tidak anemis. Pemeriksaan telinga meliputi, tidak terdapat kelaianan pada fungsi pendengaran, kebersihan telinga terjaga. Pemeriksaan hidung meliputi, bentuk dan fungsi penciuman tidak mengalami gangguan penciuman. Pemeriksaan mulut seperti keadaan mukosa bibir kering tidak ada gangguan perasa. Pemeriksaan leher seperti apakah adanya ppembesaran kelenjar getah bening/tyroid.

Pemeriksaan pada bagian dada meliputi inspeksi, bagaimana keadaan bentuk kesimetrisan dada, apakah terlihat menggunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas pada pasien, pemeriksaan palpasi melakukan penialain vocal premitus, perkusi di lakukan pada semua lapang paru dan auskultasi melakukan penilaian suara nafas.

Pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi, pemeriksaan di lakukan untuk melihat bagian bentuk dada, mengamati pulsasi ictus cordis. Pemeriksaan palpasi untuk menentukan batas-batas jantung yang bertujuan guna mengetahui ukuran jantung. Pemeriksaan auskultasi mendengarkan bunyi jantung, untuk mengetahui apakah ada bunyi jantung tambahan atau tidak.

Pemeriksaan abdomen meliputi inspeksi guna melihat bentuk abdomen melihat apakah ada benjolan, oedem, dan bekas luka, pemeriksaan palpasi melihat apakah teraba ada atau tidaknya massa, melihat ada atau tidaknya pembesaran limfe, ada tidaknya nyeri tekan, pemeriksaan perkusi bertujuan untuk menilai suara abdomen, normal suara pada abdomen yaitu timpani. Pemeriksaan auskultasi mendengarkan bising usus dengan hasil yang normal 5-30x/menit.

2.3 Diagnosa Keperawatan

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

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

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan
3. Resiko infeksi (D.0142) di tandai dengan efek prosedur infasif
4. Konstipasi (D.0049) berhubungan dengan kelemahan otot abdomen
5. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional
6. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.4 Intervensi

Intervensi atau rencana asuhan keperawatan merupakan perencanaan tertulis yang menggambarkan secara lengkap mengenai rencana tindakan yang akan di lakukan kepada pasien berdasarkan diagnosa keperawatan (Kurniawati et al., 2021)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun.
Intervensi utama : manajemen nyeri.

Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik : berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, control lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri

Edukasi : anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi : kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D. 0054)

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : pergerakan ekstermitas meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun.

Observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.

Terapeutik : fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meingkatkan ambulasi.

Edukasi : anjurkan melakukan ambulasi dini, ajarkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)

3. Resiko infeksi (D.0142) di tandai dengan efek prosedur infasif

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, bengkak menurun, kemerahan menurun. Intervensi utama : pencegahan infeksi

Observasi : monitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik

Terapeutik : batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area oedema

Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Kolaborasi : kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Konstipasi (D.0049) berhubungan dengan kelemahan otot abdomen

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : keluhan defekasi lama dan sulit menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik.

Intervensi utama : manajemen konstipasi

Observasi : periksa tanda dan gejala, periksa pergerakan usus, karakteristik feses, identifikasi faktor risiko konstipasi

Terapeutik : anjurkan diet serat tinggi, lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu, berikan enema atau irigasi, jika perlu.

Edukasi : anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi, ajarkan cara mengatasi konstipasi

Kolaborasi : kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil : verbalisasi khawatir menurun, perilaku tegang menurun, perilaku gelisah menurun.

Intervensi utama : reduksi ansietas

Observasi : identifikasi tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas

Terapeutik : ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.

Edukasi : anjurkan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.

Kolaborasi : kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

6. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, di harapkan kriteria hasil dapat terpenuhi verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan renrang suatu topic meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.

Intervensi utama : edukasi kesehatan

Observasi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Terapeutik : sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dan berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi : jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

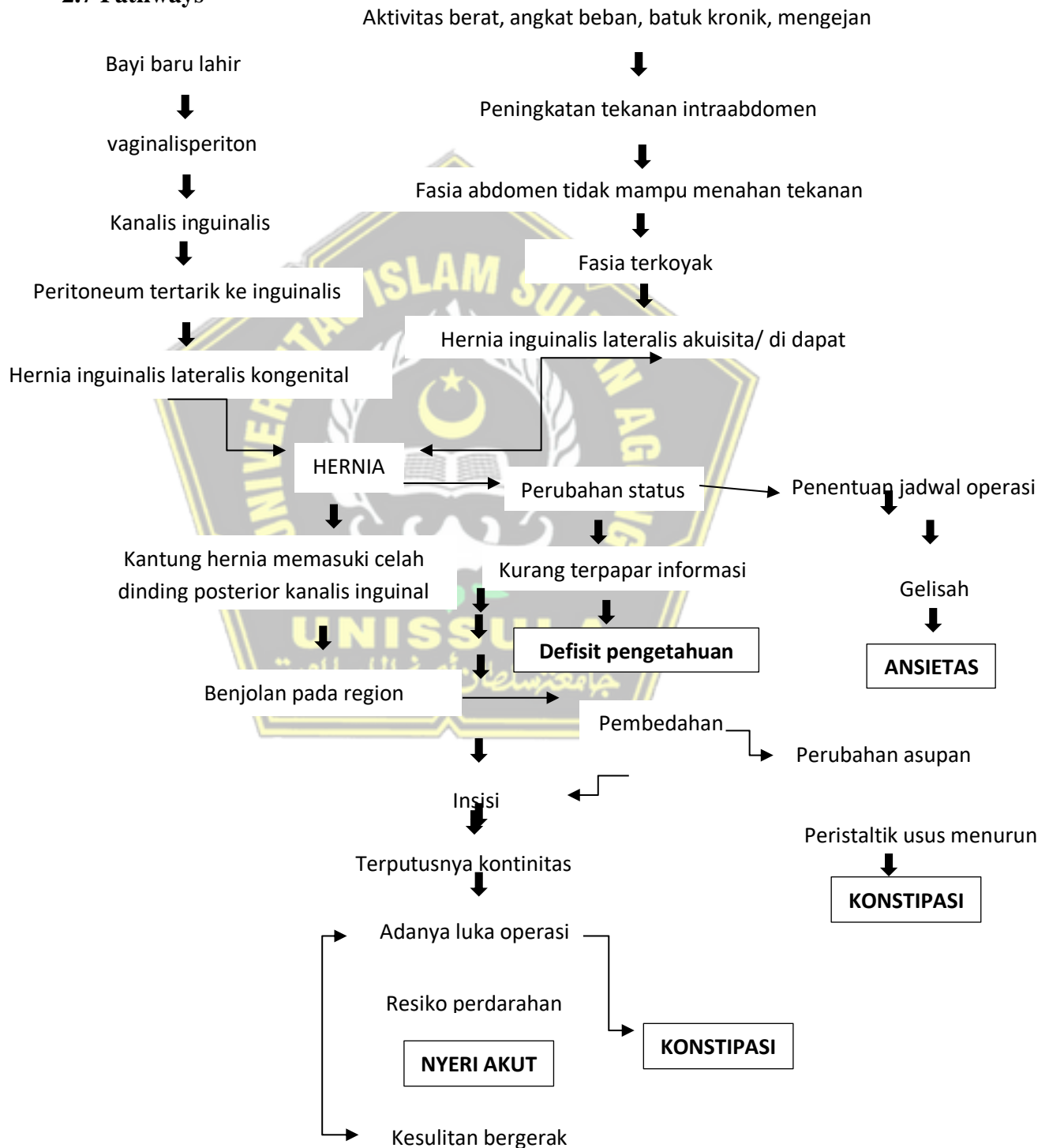
2.5 Implementasi

Pada tahap implementasi merealisasikan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Kegiatan yang dilakukan pada tahap implementasi yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama sebelum dan sesudah diberikan tindakan. (M. Pebriana, 2022)

2.6 Evaluasi

Tahap evaluasi yaitu tahap terakhir proses keperawatan, tahap ini merupakan tahap perbandingan secara sistematis dan terencana dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan. Evaluasi memiliki tujuan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. (Y. Pebriana, 2020)

2.7 Pathways



LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

3.1 Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 28 februari 2023 di ruang Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam NU Demak dengan data-data sebagai berikut :

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. P, Usia : 26 tahun, Jenis Kelamin : laki-laki, Diagnosa Medis : Hernia Inguinalis Lateralis, Pendidikan terakhir : SMA, Pekerjaan : menjual kayu dan perabotan rumah tangga, Alamat : Dorong Rt.03/Rw.02 Wonosalam Demak. No. RM : 325754. Tanggal MRS : 27 Februari 2023.

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. S. Umur : 24 tahun. Jenis Kelamin : Perempuan. Alamat : Dorong Rt.03/Rw.02 Wonosalam Demak. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga. Hubungan dengan pasien : istri

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan adanya benjolan di lipatan paha atas. Nyeri yang di rasakan hilang timbul dan pasien merasa malu.

b. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan saat di kaji : pasien mengatakan nyeri setelah operasi, kesulitan bergerak karena nyeri dan merasa malu

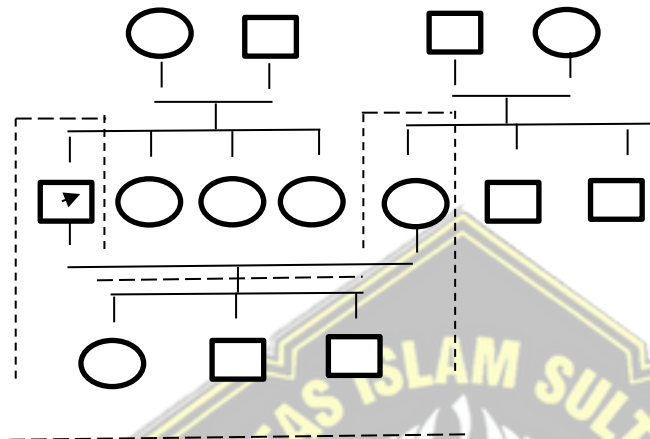
c. Alasan masuk rumah sakit :

Pasien sebelumnya sudah mengetahui mempunyai benjolan tersebut sejak dari SMP namun pasien tidak mengetahui secara pasti penyakit yang di derita. Setelah benjolan semakin membesar pasien mulai merasa malu dan sudah mengganggu aktivitas pasien. Semenjak itu mulai ke Rumah Sakit kemudian memberanikan diri untuk di operasi.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak mempunyai riwayat penyakit seperti yang di alami dan tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus maupun penyakit lainnya.

3.2 Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

----- : satu rumah

———— : garis keturunan

➤ : pasien

e. Pola pengkajian fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Tn. P mengatakan bahwa kesehatan itu penting dan mahal harganya, namun Tn. P kurang memahami mengenai penyakit yang di alami sehingga membiarkan penyakitnya. Tn. P mengatakan tidak melakukan upaya apapun. Tn. P dalam mengontrol kesehatan yaitu dengan istirahat setelah bekerja. Tn P memiliki pekerjaan yang cukup berat sehingga membutuhkan istirahat yang cukup. Pada sisi ekonomi yang

berhubungan dengan kesehatan Tn.P memiliki asuransi kesehatan berupa BPJS.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum sakit Tn. P mengatakan bahwa makan 2-3x sehari dengan porsi dan nafsu makan normal, jenis makanan yang di konsumsi berupa sayur, tahu dan protein yang lainnya. Tn.P mengatakan banyak minum air putih sehari bisa 2 botol aqua besar. Saat sakit nafsu makan Tn. P sedikit menurun biasanya makan setengah porsi tidak di habiskan. Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit tidak mengalami muntah, pasien tidak memiliki sariawan dan tidak mengalami penurunan berat badan pada 6 bulan terakhir.

3. Pola eliminasi

Sebelum sakit Tn.P BAB satu sampai dua kali sehari dengan konsistensi lembek. Pola BAK normal, tidak terpasang kateter maupun kolostomi.

4. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit Tn. P mengatakan tidak memiliki keluhan dalam melakukan aktivitas dan setiap hari bekerja. Setelah di rawat Tn. P mengatakan hanya berbaring saja kesulitan beraktivitas di karenakan nyeri saat melakukan pergerakan. Kebutuhan sehari-hari di bantu istri dan perawat. Sebelum sakit pasien mengatakan olahraga yang di lakukan yaitu pada saat bekerja saat sakit pasien tidak melakukan olahraga. Sebelum dan saat sakit pasien tidak mengalami sesak nafas

5. Pola istirahat tidur

Sebelum di rawat Tn. P tidak mengalami kesulitan tidur. Tn. P tidur pada jam 22.00-05.00 pagi, waktu tidur tidak menentu sekitar 5-6 jam perhari. Setelah di rawat Tn.

P mengatakan sulit tidur karena gelisah dan terganggu dengan suara-suara di rumah sakit. Waktu tidur Tn. P Tidak tentu terkadang di jam 23.00-04.30 pagi.

6. Pola kognitif-perseptual sensori

Sebelum sakit Tn.P mengatakan pendengaran normal dapat mendengar dengan jelas, kemampuan kognitif normal. Saat sakit Tn. P mengatakan tidak ada masalah dengan kondisi penglihatan dan pendengaran. Sebelum sakit pasien tidak mengalami kesulitan namun saat sakit pasien mengatakan mengalami kesulitan bergerak di karenakan setelah operasi.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum sakit Tn. P mengatakan bahwa perannya sebagai suami dan bapak selalu merasa bersyukur karena di kelilingi istri dan keluarga yang selalu membantu, Tn.P berharap selalu di berikan kesehatan dan bersyukur dengan kondisi fisik yang di miliki. Saat sakit Tn.P mengatakan ingin penyakitnya segera sembuh dan dapat menajalani hidup dengan baik serta sabar dalam mengatasi segala cobaan yang di rasakan. Sebelum sakit pasien mengatakan percaya diri dengan kondisinya saat sakit pasien mengatakan malu dan rendah diri terhadap penyakitnya.

8. Pola mekanisme koping

Sebelum sakit Tn. P mengatakan kekuatan diri di peroleh dari anak dan istrinya. Pengambilan keputusan biasanya berdiskusi dengan istrinya. Saat sakit Tn.P mengatakan bahwa kekuatan dirinya sama seperti sebelum sakit, begitu juga dengan pengambilan keputusan. Upaya yang dilakukan Tn.P dalam menghadapi masalah kesehatan saat ini yaitu dengan berdoa dan mengikuti program penyembuhan yang di berikan.

9. Pola persepsi seksual reproduksi

Tn. P mengatakan ketika sebelum sakit melakukan hubungan seksual dengan istrinya. Saat sakit Tn.P tidak melakukan hubungan seksual dengan istrinya.

10. Pola peran-berhubungan dengan orang lain.

Sebelum sakit Tn.P mengatakan hubungan dengan orang lain serta kemampuan berkomunikasi baik, menurut Tn.P orang terdekatnya ialah istri dan anak bungsunya. Saat sakit pola peran berhubungan dengan orang lain sama seperti sebelum sakit. Sebelum dan saat sakit orang yang berpengaruh terhadap hidupnya adalah istri. Sebelum dan saat sakit Tn.P meminta bantuan kepada istri dan keluarganya. Sebelum dan saat sakit tidak mengalami kesulitan dalam keluarga.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit Tn.P mengatakan sering menjalankan ibadah di masjid, tidak memiliki keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan maupun pengobatan yang di alami. Saat sakit Tn.P mengatakan tidak dapat melakukan ibadah seperti biasanya. Tidak memiliki keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan maupun pengobatan yang di jalani.

f. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang di lakukan meliputi : tingkat kesadaran composmentis, GCS (E4 V5 M6). Tampak keadaan umum lemah, konjungtiva anemis, bibir pucat dan kering, selera mata putih, turgor kulit elastis. Tanda-Tanda Vital TD : 135/89 mmHg, N : 88kali/menit, RR : 21kali/menit, Suhu : 36 C. Bentuk kepala bulat dengan warna rambut hitam dan wajah tampak bersih, pada mata penglihatan masih normal, tidak ada secret, ukuran pupil normal, tidak menggunakan alat bantu. Hidung terlihat

simetris, bersih dan tidak terpasang alat bantu pernafasan. Telinga terlihat simetris, bersih, tidak ada infeksi dan pendengaran masih normal. Mulut dan tenggorakan tidak terdapat sariawan, gigi lengkap bersih dan dapat berbicara dengan jelas. Pemeriksaan dada pada jantung terdengar bunyi jantung sonor, ictus cordis teraba, tidak ada ada pulsasi. Pada paru-paru perkembangan dada kanan dan kiri simetris, terdengar bunyi sonor, bunyi nafas vasikuler, tidak ada nyeri tekan. Pada abdomen tidak terdapat luka, bising usus normal 13kali/menit, tidak terdapat benjolan, terdengar suara timpani. Pada genetalia kurang bersih, tidak terpasang kateter, dan ada bekas luka post operasi pada paha sebelah kanan. Pada ekstermitas atas dan bawah normal dapat di gerakan namun perlahan, capillary refil normal dapat kembali dalam 2 detik. Kulit berish berwarna sawo matang, tidak ada edema, turgor kulit dapat kembali dalam 2 detik.

g. Pemeriksaan penunjang

1. Hemoglobin 16,1 g/Dl (nilai normal 13,2-17,3 g/Dl)
2. Hematocrit 51,5 % (nilai normal 40-52%)
3. Leukosit 10.300 ribu/ML (nilai normal 3.80-10.60 ribu/ML)
4. Trombosit 274 ribu/ML (nilai normal 150-440 ribu/ML)
5. Easinofil -% (nilai normal 1-3 %)
6. Basophil -% (nilai normal 0-1%)
7. N. Batang -% (nilai normal 2-6%)
8. Limfosit : 33% (nilai normal 20-40%)
9. Monosit : 6% (nilai normal 2-8%)
10. N. Segmen 61% (nilai normal 50-70%)
11. Waktu pembekuan (CT) 2.00 menit (nilai normal 2-8 menit)
12. Waktu pendarahan (BT) 3.00 menit (nilai normal 1-6 menit)

13. Glukosa darah sewaktu (GDS) 197mg/Dl (nilai normal 70-115 mg/dL)

14. Ureum 20 mg/dL (nilai normal 10-50 mg/dL)

15. Creatinine 1,2 mg/Dl (nilai normal 0,6-1,2)

16. HBSAG : negatif

h. Diit

Pada Tn.P memperoleh diit yaitu cair yaitu susu

i. Terapi

RL 20 TPM/IV, Cefodroxil 5 mg 2x1, tofodex 25mg 2x1

3.3 Analisa Data

Tanggal/ jam	Data fokus	Etiologi	Masalah keperawatan
28/02/2023 09.30	DS : Pasien mengatakan nyeri setelah operasi P : saat bergerak dan saat berdiam diri Q : seperti di tusuk-tusuk R : paha kanan atas S : 5 T : hilang timbul DO : -pasien tampak meringis, sesekali mengeram kesakitan - TTV : TD : 130/81mmHg, N : 82kali/menit, RR : 21kali/menit, Suhu: 36C	Agen pencedera fisik	Nyeri
28/02/2023 11.00	DS : - pasien mengatakan kesulitan bergerak - pasien mengatakan sakit bila bergerak	Nyeri	Gangguan mobilitas fisik

	DO : - pasien tampak lemah - pasien tampak tertidur terus menerus		
28/02/2023 13.15	DS : - pasien mengatakan malu dengan kondisi yang di alami - pasien mengatakan hal-hal negative terhadap penyakitnya DO : - pasien tampak tidak percaya diri saat berbincang-bincang - pasien tampak tertutup - pasien tampak malu saat menceritakan penyakitnya	Perubahan struktur tubuh	Gangguan citra tubuh

3.4 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan enggan melakukan pergerakan
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh

3.5 Intervensi

Pada tanggal 28 februari 2023 jam 11. 15 di tetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah di tetapkan :

Diagnosa utama berupa nyeri akut berhungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu, setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, di harapkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Dengan intervensi keperawatan berupa : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri.

Identifikasi respon non verbal. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. kontrol lingkungan yang memperingan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu.

Diagnosa kedua berupa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan enggan melakukan pergerakan. Tujuan dan kriteria hasil yang di tetapkan yaitu, setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, di harapkan gerakan ekstermitas otot meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun. Dengan intervensi keperawatan sebagai berikut : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan seperti, duduk di tempat tidur)

Diagnosa ketiga berupa gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Dengan intervensi sebagai berikut : gunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien, motivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan, diskusikan cara menangani sesuatu/ situasi yang tidak terduga secara efektif.

3.6 Implementasi

Pada tanggal 28 februari 2023 10.20 melakukan implementasi keperawatan diagnosa 1 berupa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada implementasi pertama dengan identifikasi skala nyeri di dapatkan data subyektif S : Pasien mengatakan nyeri post op di bagian paha kanan atas P : saat diam dan bergerak. Q: seperti tertusuk-tusuk R : paha kanan atas, S : 5, T : hilang timbul dan data objektif berupa pasien tampak meringis sesekali kesakitan. TD : 130/89mmHg, N : 88kali/menit, S : 36 C, RR : 21kali/menit. Implementasi kedua mengidentifikasi respon non verbal dengan data subyektif pasien mengatakan sakit pada bagian kanan atas dan data objektif pasien tampak meringis. Implementasi ketiga dengan memberikan teknik nonfarmakologis dengan data subyektif pasien mengatakan bersedia di ajarkan teknik relaksasi nafas dalam dengan data objektif pasien dapat mengulang apa yang di ajarkan. Implementasi keempat mengontrol lingkungan

yang memperberat nyeri dengan data subyektif pasien mengatakan lingkungannya sedikit mengganggu istirahat dan tidur serta memperberat rasa nyeri dan data objektif pasien tampak kurang nyaman dengan kondisi ruangan.

Pada tanggal 28 februari 2023 11.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa kedua berupa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan enggan melakukan pergerakan. Pada implementasi pertama mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Dengan data subyektif pasien mengatakan nyeri bertambah saat melakukan pergerakan dan data objektif pasien tampak kesakitan. Implementasi kedua memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia menggunakan alat bantu dan data objektif pasien tampak mencoba dengan arahan. Implementasi ketiga melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan dengan data subyektif keluarga pasien mengatakan bersedia membantu dan data objektif keluarga pasien tampak membantu pasien. Implementasi keempat ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal, duduk di tempat tidur dan belajar berjalan) dengan data subyektif pasien mengatakan bersedia untuk di ajarkan berpindah posisi dan data objektif pasien tampak berusaha melakukan.

Pada tanggal 28 februari 2023 jam 11.20 melakukan implementasi keperawatan diagnosa ketiga berupa gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. implementasi pertama menggunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien dengan data subyektif pasien mengatakan bersedia untuk bercerita dan data objektif pasien tampak masih malu. Implementasi kedua memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan dengan data subyektif pasien mengatakan bersedia dan data objektif pasien tampak antusias. Implementasi ketiga mendiskusikan cara menangani situasi tidak terduga secara efektif dengan data subyektif pasien mengatakan bersedia dan ingin mengetahui caranya dan data objektif pasien tampak mengerti.

Pada tanggal 1 Maret 2023 jam 15.10 melakukan implementasi keperawatan diagnose 1 berupa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada

implementasi pertama yaitu mengidentifikasi nyeri dengan PQRST di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri post op di bagian paha kanan atas P : kapanpu, saat diam dan bergerak, Q: seperti di tusuk-tusuk, R : paha kanan atas, S: 4, T: hilang timbul dan data objektif pasien kesulitan tidur, tampak meringis. Implementasi hari kedua mengidentifikasi respon non verbal dengan data subyektif pasien mengatakan kesulitan tidur dan data objektif pasien tampak kesakitan. Implementasi ketiga memberika teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) dengan data subyektif pasien mengataan bisa mengulang teknik relaksasi nafas dalam yang di contohkan dan data objektif pasien tampak memahami apa yang di contohkan. Implementasi keempat mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan data subyektif pasien mengatakan lingkungan sudah mulai kondusif dan data objektif pasie tampak nyaman.

Pada tanggal 1 Maret 2023 jam 15.30 melakukan implementasi keperawatan diagnose berupa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan engga melakukan pergerakan Pada implementasi pertama dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak dan data objektif pasien tampak kesakitan, dan sedikit meringis. Implementasi kedua memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bersedia menggunakan alat bantu dan data objektif pasien tamoak berusaha melakukan pergerakan. Implementasi ketiga melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan di dapatkan data subyektif keluarga pasien mengatakan bersedia membantu Tn.P data objektif keluarga tampak membantu pergerakan pasien. Implementasi keempat ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (missal, duduk di tempat tidur, miring kanan kiri) di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bersedia di ajarkan melakukan perpindahan posisi dan data objektif pasien tampak sudah bisa bergerak miring kiri dan kanan.

Pada tanggal 1 Maret 2023 jam 16.00 melakukan implementasi diagnosa ketiga berupa gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Pada implementasi pertama menggunakan teknik mendengarkan aktif mengenai

pasien di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bersedia untuk bercerita dan data objektif pasien tampak masih tertutup. Implementasi kedua memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan di dapatkan data subyektif pasien mengatakan dirinya memiliki kekurangan dan data objektif pasien tampak sedih. Implementasi ketiga mendiskusikan cara menangani situasi tidak terduga di dapatkan data subyektif pasien mengatakan paham dengan apa yang di ajarkan dan data objektif pasien tampak kurang kooperatif.

Pada tanggal 2 Maret 2023 jam 14.30 melakukan implementasi diagnosa pertama nyeri aku berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada implementasi pertama mengidentifikasi nyeri dengan PQRST di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri post op di bagian paha kanan atas. P : kapanpu,terlebih saat bergerak Q: seperti di tusuk-tusuk R: paha kanan atas S: 4, T: hilang timbul dan data objektif pasien tampak meringis. Implementasi kedua mengidentifikasi respon non verbal di dapatkan data subyektif pasien mengatakan kesulitan tidur data objektif pasien tampak kesakitan. Implementasi ketiga memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi nafas dalam di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bisa mengungali teknik Tarik nafas dalam dan data objektif pasien tampak bisa mengulangi. Implementasi keempat mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri di dapatkan data subyektif pasien mengatakan lingkungan sudah mulai kondusif tidak berisik data objektif pasien tampak nyaman.

Pada tanggal 2 Maret 2023 jam 14.50 melakukan implementasi diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan enggan melakukan pergerakan. Pada implementasi pertama mengidentifikasi adanya nyeri atau kelelahan fisik lainnya di dapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak dan data objektif pasien tampak kesakitan. Implementasi kedua memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu di dapatkan data subyektif pasien mengatakan berseddia menggunakan alat bantu data objektif yang di dapat pasien tampak berlatih bergerak.

Pada tanggal 2 Maret 2023 jam 15.10 melakukan implementasi diagnosa ketiga berupa gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Pada implementasi pertama menggunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien data subyektif yang di dapatkan pasien mengatakan bersedia untuk bercerita dan data objektif pasien tampak sudah nyaman bercerita. Implementasi kedua memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bersedia dan mau di ajak diskusi data objektif pasien tampak antusias. Implementasi ketiga mendiskusikan situasi tak terduga secara efektif di dapatkan data subyektif pasien mengatakan bersedia dan bersemangat untuk diskusi bersama data objektif yang di dapatkan pasien tampak mengerti dan memahami.

3.7 Evaluasi

Evaluasi hari pertama di laksanakan pada tanggal 28 februari 2023. Diagnosa keperawatam 1 : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Jam 10.20 S : Pasien mengatakan merasakan nyeri di bagian paha atas setelah di operasi. P : terjadi kapanpun, terlebih saat bergerak Q : seperti di tusuk-tusuk R : paha kanan atas S : 4 T : hilang timbul. O : pasien tampak lemas. A : masalah keperawatan belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1-4.

Diagnosa keperawatan 2 : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan enggan melakukan pergerakan. Jam 11.00, S : pasien mengatakan kesulitan tidur dan nyeri terlebih saat bergerak. O : pasien tampak kesulitan bergerak dengan tanda-tanda vital : TD : 135/85mmHg, N : 88kali/menit, SPO2 : 98, RR : 22kali/menit. A : masalah keperawatan belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1-4.

Diagnosa keperawatan 3 : gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Jam : 11.20, S : pasien mengatakan malu dengan kondisinya sekarang dan takut menjadi bahan obrolan tetangga dan teman-temannya. O : pasien tampak tertutup dan kurang nyaman saat di wawancarai. P : lanjutkan intervensi nomor 1-3

Evaluasi hari kedua di lakukan pada tanggal 1 Maret 2023 .

Diagnosa keperawatan pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Jam 15.10, S : pasien mengatakan nyeri berkurang namun terkadang masih muncul. Dengan pengkajian PQRST, P : terjadi kapanpun, terlebih saat bergerak. Q: seperti di tusuk-tusuk, R: paha kanan bagian atas, S : 3, T : hilang timbul. O : pasien tampak meringis. A : masalah keperawatan belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 3 dan 4.

Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan enggan melakukan pergerakan. Jam 15.30, S: pasien mengatakan kesulitan dan nyeri saat bergerak. O : pasien tampak meringis, tanda- tanda vital : TD : 125/88mmHg, N : 89kali/menit, RR : 21kali/menit SPO2 : 98. A: masalah keperawatan belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 3 dan 4.

Diagnosa ketiga gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Jam 16.00, S : pasien mengatakan malu dengan kondisinya. O : pasien tampak merasa nyaman, pasien tampak lebih menerima kondisinya dan berkyukur atas apa yang di miliki saat ini. A : masalah keperawata teratasi. P : hentikan intervensi

Evaluasi hari ketiga di lakukan pada tanggal 2 maret 2023.

Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Jam 16.10, S : pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri. O : pasien tampak lebih segar. A : masalah keperawatan teratasi. P : lanjutkan intervensi

Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri di buktikan dengan enggan melakukan pergerakan . Jam 16.30, S : pasien mengatakan sudah bisa duduk dan berjalan namun pelan. O : pasien tampak bisa bergerak dan lebih sehat. A: masalah keperawatan teratasi. P: hentikan intervensi.

Diagnosa ketiga gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh. Jam 17.00, S : pasien mengatakan sudah mulai percaya diri. O: pasien tampak lebih nyaman saat di ajak berkomunikasi. P : hentikan intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien post operasi Hernia Inguinalis Di Ruang Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak pada tanggal 28 Februari sampai dengan 1 Maret 2023. Ada beberapa hal yang perlu di bahas dan di perhatikan.

Pada bab ini akan di bahas asuhan keperawatan hernia pada Tn. P. sebelum penulis membahas lebih lanjut asuhan keperawatan berdasar diagnosa keperawatan terlebih dahulu penulis akan membahas dokumentasi pengkajian yang belum tepat.

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik bagian mata penulis kurang lengkap hanya menuliskan ukuran pupil normal. seharusnya penulis menuliskan pemeriksaan pupil bulat isokor berdiameter 3mm dan reflek pupil dalam batas normal (Pikatan et al., 2022). Pada pemeriksaan penunjang penulis kurang lengkap karena penulis belum mendokumentasikan tanggal pengkajian. Seharusnya penulis menuliskan tanggal pada waktu pemeriksaan laboratorium. Pada pola nutrisi metabolik penulis kurang lengkap hanya menuliskan tidak ada penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir. Seharusnya penulis mengkaji berat badan pasien selama 6 bulan terakhir. Pada pemeriksaan jantung penulis kurang lengkap. Pada pemeriksaan jantung terdapat data bunyi jantung sonor, dalam kalimat tersebut kurang tepat. Seharusnya penulis menuliskan bunyi jantung lup dup. Pada pemeriksaan perkusi penulis belum mendokumentasikan hasil pengkajian. Seharusnya penulis menuliskan pada pemeriksaan perkusi apakah terdengar suara pekak atau tidak. Menurut (Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin, 2017) pemeriksaan fisik jantung meliputi inspeksi : terdapat penonjolan di daerah precordium yaitu di antara sternum dan apeks cordis. Biasanya akan terlihat pulsasi jantung. Pulsasi biasa di sebut ictus cordis pada sela iga V, linea medioclavicularis yang terletak sesuai dengan apeks jantung. Palpasi : yang sudah di temukan pada inspeksi kemudian harus di palpasi untuk lebih memperjelas mengenai frekuensi, kualitas dari pulsasi yang teraba, lokalisasi punctum maksimum. Perkusi : berguna untuk mengetahui batas-batas jantung. Pada kondisi normal antara linea stemalis

kiri dan kanan pada daerah manubrium sterni terdapat suara pekak yang merupakan daerah aorta. Jika daerah tersebut melebar, biasanya akibat aneurisma aorta. Asukultasi : pemeriksaan auskultasi pada jantung ada 3 macam yaitu bunyi jantung, bising jantung, dan gesekan pericard.

Berikut ini penulis akan membahas asuhan keperawatan hernia pada Tn. P berdasarkan diagnosa keperawatan yang di tegakkan. Pada proses pemilihan prioritas diagnosa kurang tepat. Seharusnya penulis menuliskan diagnosa pre operasi yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh menjadi diagnosa utama.

4.1 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh

Gangguan citra tubuh merupakan diagnosis keperawatan yang di definisikan sebagai perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu (PPNI, 2016). Penulis menegakkan diagnosa gangguan citra tubuh karena di dapatkan data pada pola persepsi dan konsep diri pasien mengatakan malu dan rendah diri terhadap penyakitnya dengan data objektif pasien tampak malu saat menceritakan tentang penyakitnya. Tanda dan gejala mayor sesuai dengan teori sehingga diagnosa dapat di tegakkan.

Berdasarkan data-data yang di lakukan pada saat melakukan pengkajian pre operasi, maka penulis menegakan diagnosa ini sebagai diagnosa pertama.

Rencana keperawatan pada diagnosa gangguan citra tubuh pada kriteria hasil diganosa gangguan citra tubuh menurut (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2016) yaitu di harapkan melihat bagian tubuh meningkat, menyentuh bagian tubuh meningkat. Intervensi keperawatan yang di lakukan motivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan, teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien, diskusikan cara menangani sesuatu/situasi tidak terduga secara efektif.

Pada diagnosa gangguan citra tubuh implementasi yang sudah di lakukan selama 3x8jam yaitu, menggunakan teknik mendengarkan aktif

mengenai harapan pasien, memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan, mendiskusikan cara menangani situasi tak terduga (Tim Pokja DPP PPNI, 2016)

Hasil evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8jam dengan diagnosa gangguan citra tubuh pada Tn. P menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2016) kriteria hasil yang di harapkan yaitu melihat bagian tubuh meningkat, menyentuh bagian tubuh meningkat. evaluasi sudah sesuai dengan teori, karena pada hari ketiga pasien mengatakan sudah mulai percaya diri dan pasien tampak lebih nyaman ketika berbicara. Diagnosa ini merupakan diagnosa pada saat pre operasi. Pada diagnosa ini sudah teratasi dengan baik namun muncul diagnosa post operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

4.2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional (PPNI, 2016). Pada saat penulis melakukan evaluasi pada hari berikutnya penulis mendapatkan data pada saat melakukan pengkajian pola aktivitas dan latihan Tn. P mengatakan nyeri setelah operasi dan di peroleh data objektif pasien tampak meringis kesakitan. Penulis melakukan pengkajian PQRST pada pasien dengan data P : nyeri saat bergerak, Q : seperti di tusuk-tusuk, R : paha kanan atas, S : 5, T : hilang timbul. Sehingga dari data tersebut penulis dapat menegakkan diagnosa nyeri akut.

Rencana asuhan keperawatan diagnosa nyeri akut pada kriteria hasil diagnosa nyeri akut menurut (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2016) yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri menurun, meringis menurun. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah manajemen nyeri : identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi respon non verbal, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperingan nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu..

Pada diagnosa nyeri akut implementasi yang sudah di lakukan selama 3x8jam yaitu, mengidentifikasi skala nyeri, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri., mengidentifikasi respon non verbal, memberikan teknik nonfarmakologis, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, kolaborasi pemberian analgetik (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Salah satu teknik nonfarmakologis yang bisa di lakukan untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi tarik nafas dalam. Menurut (Arfa, 2013; Pangestu et al., 2021) latihan relaksasi tarik nafas dalam secara fisiologis dapat mengurangi aktivitas yang terjadi pada saraf simpatis yang kemudian akan mengembalikan tubuh pada keadaan seimbang, pupil, pendengaran, tekanan darah, denyut jantung, pernafasan dan sirkulasi kembali normal kemudian otot-otot menjadi rileks. Teknik tarik nafas dalam berpengaruh signifikan menurunkan sensasi nyeri pasien. Pada implementasi penulis melakukan kolaborasi pemberian analgetik yaitu berupa tofodek 25mg di lakukan 2 kali sehari.

Diagnosa yang belum di tegakkan penulis yaitu : defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Menurut (PPNI, 2016) defisit pengetahuan dapat di definisikan sebagai diagnosa sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Penulis melakukan pengkajian pre operasi dan di dapatkan data pada pola persepsi dan pemeliharaan pasien mengatakan bahwa kesehatan itu penting dan mahal harganya, namun pasien kurang memahami mengenai penyakit yang di alami sehingga membiarkan penyakitnya. pasien mengatakan tidak melakukan upaya apapun. Rencana asuhan keperawatan diagnosa defisit pengetahuan dengan kriteria hasil : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun. Intervensi keperawatan yang di lakukan edukasi kesehatan : identifikasi kesiapan

dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan un



BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. P di Ruang Abdurrahman Wahid di Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama Demak maka penulis dapat menarik kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat untuk asuhan keperawatan pada pasien hernia inguinalis.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil uraian asuhan keperawatan pada pasien hernia inguinalis maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hernia inguinalis lateralis dapat di definisikan sebagai suatu tonjolan yang keluar dari rongga perut melalui cincin inguinalis internus biasanya terletak lateral pembuluh darah epigastrika inferior. Benjolan yang terjadi pada hernia inguinalis lateralis biasanya dapat di lihat pada daerah lipatan paha ataupun skrotum.
2. Fokus asuhan keperawatan pada hernia inguinalis adalah menambah rasa kepercayaan diri pasien, mengurangi rasa nyeri pada pasien dan memfasilitasi mobilisasi.
3. Asuhan keperawatan pada Tn.P berfokus untuk memenuhi kebutuhan pada proses penilaian persepsi pasien tentang penyakitnya, membantu mengurangi nyeri dan membantu memfasilitasi mobilisasi mengenai keterbatasan gerak yang di alami pasien.

5.2 Saran

1. Bagi peneliti
Diharapkan hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi pada saat melakukan asuhan keperawatan dengan diagnosa hernia inguinalis.
2. Bagi institusi pendidikan
Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini menjadi tambahan ilmu dan wawasan mengenai asuhan keperawatan dengan diagnosa hernia inguinalis.

3. Bagi profesi keperawatan

Di harapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien hernia inguinalis.

4. Bagi lahan praktik

Di harapkan karya tulis ilmiah ini mampu untuk meningkatkan peran perawat dan menjadi acuan sebagai.



LAMPIRAN TURNITIN



Dr. Dwi Retno S

Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Herniorraphy Inguinalis Lateralis Dextra"


ORIGINALITY REPORT

23% SIMILARITY INDEX	23% INTERNET SOURCES	4% PUBLICATIONS	8% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repository.ump.ac.id Internet Source	1%
2	es.scribd.com Internet Source	1%
3	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
4	jurnal.globalhealthsciencegroup.com Internet Source	1%
5	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%
6	angkethernia.blogspot.com Internet Source	1%
7	Submitted to Sultan Agung Islamic University Student Paper	1%
8	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
9	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	1%

LEMBAR KONSULTASI

	FORM BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI) PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
---	--

Nama : Fajria Cindy Setyaningrum

NIM : 40902000101

Dosen pembimbing : Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M. kep., Sp. KMB

NO	TANGGAL	CATATAN BIMBINGAN	TANDA TANGAN
	16/03/2023	- Menyusun bab 1 - bimbingan penyusunan kti	Fr
	25 maret/2023	- Revisi bab 1 - penambahan data	Fr
	27 maret 2023	- revisi bab 1 - Peningkatan paragraf. Pengolahan data	Fr
	3 April 2023	- revisi Bab 1 - Pengelolaan data lebih ditingkatkan.	Fr
	7 April 2023	- Bimbingan askep - Revisi penulisan	Fr
	14 April 2023	- bimbingan Bab 1.1	Fr



FORM BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS
ISLAM SULTAN AGUNG

NO	TANGGAL	CATATAN BIMBINGAN	TANDA TANGAN
	20 April 2023	- Menyusun bab III - Revisi Bab II - Menambah sumber referensi	
	28 April 2023	- Revisi Bab II - Peningkatan paragraf - Penambahan literatur	
	5 Mei 2023	- Revisi Bab I, II - Pengembangan literatur	
	10 Mei 2023	- Menyusun Bab IV - Revisi Bab II	
	13 Mei 2023	- Revisi Bab IV - Menyusun Bab V	
	15 Mei 2023	- ACC - Uji turunan	

Semarang,

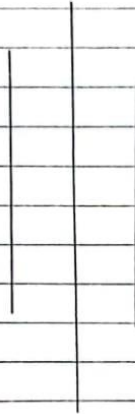
Mengetahui

Ketua Program Studi D3 Keperawatan

LAMPIRAN ASUHAN KEPERAWATAN

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

PADA TR. P DENGAN DIAGNOSA POST OP HERNIA INGUINALIS. INTERDISIPLIN
DEYRA PAD DI RUANG AGUUPAHMAN WAHID RUMAH SAKIT
ISLAM HAMDATUL ULAMA DEMAK.



JA

Dusun Oleh :

Fajria Cindy Setyaningrum
90902000101

PROGRAM STUDI OTI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMANGKAM 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

I. Data Umum

a. Identitas pasien

- Nama : T.A.P
- Umur : 26 tahun
- Jenis kelamin : Laki-laki
- Agama : Islam
- Suku : Jawa
- Pendidikan terakhir : SMA
- Pekerjaan : menjual kayu dan perabotan rumah
- Alamat : Dorong 03/02 Wonorejo Dukuh
- Diagnosa medis : Hernia Inguinalis lateralis Dextra
- Tanggal masuk : 27 Februari 2023

b. Identitas Penanggung Jawab

- Nama : M.S
- Umur : 24 tahun
- Jenis kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Pendidikan terakhir : SMA
- Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- Alamat : Dorong 03/02 Wonorejo Dukuh
- Hubungan dengan pasien : Istri

II) Status kesehatan saat ini

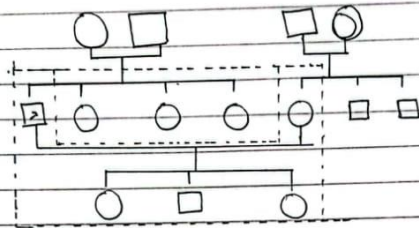
- a. Keluhan utama : Pasien mengatakan adanya benjolan dilipatan paha atas. nyeri yang dirasakan hilang timbul dan pasien merasa malu.
- b. Alasan masuk RS : Pasien sebelumnya sudah mengetahui mempunyai benjolan tersebut sejak dari SMP namun pasien tidak mengetahui secara pasti penyakit yang diderita. Setelah benjolan semakin membesar pasien mulai merasa malu dan sudah mengganggu aktivitas. Semenjak itu, mulai ke rumah sakit kemudian memberanikan diri untuk operasi
- c. keluhan Saat ini : Pasien mengatakan nyeri setelah operasi, kesulitan bergerak dan merasa malu.

III) Riwayat kesehatan lalu.

- a. Penyakit yang pernah dialami : Pasien tidak memiliki riwayat penyakit
- b. Kecelakaan : Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan
- c. Pernah dirawat : Pasien tidak pernah dirawat
- d. Alergi : Pasien tidak memiliki alergi

iv Riwayat kesehatan keluarga.

a. Susunan kesehatan keluarga (Genogram)



Keterangan :

X : meninggal

→ : Pasien

--- : serumah / hubungan keluarga.

b. Penyakit yang diderita anggota keluarga : tidak ada.

c. Penyakit yang pernah diderita keluarga : tidak ada.

ii Pola kesehatan fungsional (Pola fokus)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sehat itu penting

Saat sakit : Pasien mengatakan sehat itu penting dan berharga.

2. Pola pengetahuan dan persepsi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sudah mengetahui adanya benjolan sejak SMP namun tidak mengetahui secara pasti mengenai penyakit yang diderita, sehingga membiarkan penyakitnya.

Saat sakit : Pasien mengatak sudah mengetahui adanya benjolan sejak SMP.

3. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan kurang menjaga badannya dengan mengangkat barang-barang berat.

Setelah sakit : Pasien mulai istirahat dan berani menjalani operasi

4. Kebiasaan hidup.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sering mengangkat barang-barang berat

Saat sakit : Pasien mulai istirahat.

5. Faktor sosio ekonomi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bersosialisasi dengan baik dan memiliki BPJS.

Saat sakit : Pasien mengatakan bersosialisasi dengan baik dan memiliki BPJS.

6. Upaya yang dilakukan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan upaya sejak SMP dan sekarang menjalani operasi

Saat sakit : Pasien mengatakan melakukan operasi

III Pola aktivitas dan latihan

a. Kegiatan dalam pekerjaan : Pasien mengatakan Sering mengangkat barang-barang berat.

b. Olahraga yang dilakukan :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dengan melakukan pekerjaannya sama dengan olahraga

Saat sakit : tidak melakukan olahraga.

c. Kesulitan aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan aktivitas dan setiap hari bekerja.

Saat sakit : Pasien mengatakan kesulitan bergerak setelah operasi, kegiatan sehari-hari dibantu istri

d. Keluhan sesak nafas:

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami sesak nafas.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami sesak nafas.

IV Pola istirahat tidur

a. Kebiasaan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur. tidur pada jam 22.00 - 05.00 pagi

Saat sakit : Pasien mengatakan kesulitan tidur karena gelisah dan terganggu dengan suara-suara di rumah sakit. Waktu tidur pada jam 23.00 - 04.30 pagi

b. Kesulitan tidur :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur

Saat sakit : Pasien mengatakan mengalami kesulitan tidur.

V Pola nutrisi metabolik.

a. Pola makan :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan pola makan 2-3X sehari dengan porsi dan nafsu makan normal. makan berupa

Saat sakit : sayur, tahu dan protein lainnya.

Saat sakit : Pasien mengatakan saat sakit nafsu makan menurun biasanya menghabiskan setengah porsi

b. Pola minum

Sebelum sakit : Pasien mengatakan minum sehari kurang lebih 2 botol aqua besar.

Saat sakit : Pasien mengatakan minum hanya sedikit kurang lebih hanya 3 gelas sehari

c. Diet khusus :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan diet khusus.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan diet khusus.

d. nafsu makan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan nafsu makan baik, biasa makan 3x1 porsi

Saat sakit : Pasien mengatakan nafsu makan menurun biasa makan setengah porsi

e. muntah

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak muntah

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak muntah

F. Stomatitis : Pasien mengatakan tidak memiliki sariawan

g. BB naik turun 6 bulan terakhir : Pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan.

VI. Pola kognitif - perseptual sensori

a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan

b. Kemampuan kognitif

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bicara dengan jelas dan keras.

Saat sakit : Pasien mengatakan dapat bicara dengan jelas namun pelan

c. Kesulitan yang dialami

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bergerak.

Saat sakit : Pasien mengatakan mengalami kesulitan bergerak dikarenakan setelah operasi

VII. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum sakit : Pasien berharap penyakitnya cepat sembuh

Saat sakit : Pasien berharap penyakitnya cepat sembuh

b. Status emosi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat mengontrol emosinya

Saat sakit : Pasien mengatakan dapat mengontrol emosinya.

c. Konsep diri

• Citra tubuh

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak merasa malu terhadap dirinya sendiri

Saat sakit : Pasien mengatakan malu terhadap penyakit yang diderita.

• Identitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dirinya berperan sebagai suami dan ayah yang selalu bersyukur

Saat sakit : Pasien mengatakan mampu mengenali dirinya sebagai laki-laki dewasa

• Peran

Sebelum sakit : Pasien mengatakan beliau sebagai suami dan ayah

Saat sakit : Pasien mengatakan beliau sebagai suami dan ayah

• Ideal diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dirinya sehat

Saat sakit : Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit

• Harga diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dirinya percaya diri dengan kondisinya

Saat sakit : Pasien mengatakan malu dan rendah diri terhadap sakit yang diderita

VIII. Pola mekanisme coping

Sebelum sakit : Pasien mengatakan kekuatan diri diterorok dari anak dan istrinya

Saat sakit : Pasien mengatakan kekuatan diri sama seperti sebelum sakit. Pengambilan keputusan diskusi dengan istri

ix Pola seksual-reproduksi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan melakukan hubungan seksual dengan istrinya.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan hubungan seksual.

x Pola Peran berhubungan dengan orang lain.

• Kemampuan pasien dalam berkomunikasi

Sebelum : Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik.

Saat sakit : Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan baik.

• Siapa orang dan lebih berpengaruh pada pasien.

Sebelum : Pasien mengatakan istrinya orang yang paling berpengaruh

Saat sakit : Pasien mengatakan istrinya orang yang paling berpengaruh.

• kepada siapa pasien meminta bantuan bila mempunyai masalah.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan kepada keluarga terutama istrinya.

Saat sakit : Pasien mengatakan kepada keluarganya terutama istri

iii Pemeriksaan Fisik.

1. Kesadaran : Com Permentis. GCS : (E : 4 U : 5 M : 6)

2. Penampilan : Lemah, mangantuya atemis, bibir pucat dan kering

3. Vital sign : - Suhu tubuh : 36°

- tekanan darah : 135/89 mmHg

- RR : 21 x /menit

- Nadi : 88 x /menit

4. kepala : kepala bulat normal, warna rambut hitam, wajah bersih

5. mata : penglihatan normal, tidak secret, ukuran pupil normal, tidak menggunakan alat bantu.

6. hidung : simetris, bersih, tidak terpasang alat bantu.

7. telinga : simetris, bersih, tidak ada infeksi, pendengaran normal

8. mulut dan tenggorokan : tidak terdapat varises, gigi lengkap bersih, dapat berbicara dengan jelas.

g. Pada

a. Jantung

Inspeksi : tidak ada pulsasi

Palpasi : Ictus cordis teraba

Perkusi :

Auskultasi : terdengar bunyi sonor

b. Paru-paru.

Inspeksi : Perkenbunyi dada simetris

Palpasi : tidak ada Meiri tekan

Perkusi : terdengar bunyi sonor

Auskultasi : bunyi napas vasikuler.

10. Abdomen

Inspeksi : tidak ada luka.

Palpasi : tidak ada benjolan

Perkusi : bising usus normal 18/menit

Auskultasi : terdengar suara tympani

11. Genetalia : kurang bersih, tidak terpasang kateter, terdapat luka post operasi dibagian perineum kanan atas.

12. Ekstremitas:

1. ekstremitas atas : dapat bergerak namun perlahan

2. ekstremitas bawah : dapat bergerak namun perlahan

3. Caputary refill : normal dapat kembali dalam 2 detik

4. Kemampuan berfungsi untuk semua ekstremitas : berat berfungsi dengan baik.

13. Kulit : bersih berwarna sawo matang, tidak ada edema, tirgor kulit kembali dalam 2 detik.

14. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	hasil		nilai normal	
	nilai	satuan	nilai minimum	nilai maksimal
hematologi				
Darah rutin				
hemoglobin	16.1	g/dL	13.2	17.3
hematokrit	51.5	%	40	52
leukosit	10.200	mm ³	3.800	10.600
trombosit	274.000	mm ³	150000	440000
hitung jenis sel
eosinofil	.	%	1	3
basofil	.	%	0	1
M-batang	.	%	2	6
Limfosit	33	%	20	40
monosit	6	%	2	8
M-segmen	61	%	50	70
waktu pembekuan	2.00	menit	2	8
waktu pendarahan	3.00	menit	1	6
kimi darah				
Glukosa sewaktu	197	mg/dL	70	115
Ureum	20	mg/dL	10	50
Creatinin	1.2	mg/dL	0.6	1.2
Serologi				
Rapid Antigen	negatif		negatif	negatif
HBSAg	negatif		negatif	negatif

15. Diet yang diperoleh : Cair : sork

Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d gangguan melakukan pergerakan
3. Gangguan Citra tubuh b.d perubahan struktur tubuh.

INTERVENSI

Tgl/Jam	Dx. Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	PTO
28/02/23 11.15	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 Jam diharapkan <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • meringis menurun • kesulitan tidur menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • MANAJEMEN NYERI - Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri - Identifikasi respon non verbal - berikan teknik non farmologis untuk mengurangi nyeri - kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri - kolaborasi kolaborasi pemberian analgesik bila perlu 	dy
13.05	Gangguan mobilitas Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 Jam diharapkan : <ul style="list-style-type: none"> • gerakan ekstermitas otot meningkat • kekuatan otot meningkat • Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan Mobilisasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk, ditempat tidur) 	dy
13-15	Gangguan Citra tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 Jam diharapkan : <ul style="list-style-type: none"> • melihat bagian tubuh meningkat • menentuhkan bagian tubuh meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Promosi ^{kepercayaan} citra-tubuh diri • Gunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien - motivasi berpikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan - Diskusikan cara menangani sesuatu / situasi tidak terduga secara efektif 	dy

GELATIK

Pgl/Jam	Dx keperawatan	Implementasi	respon
28/02/23 18.30	Nyeri akut b.d agen pencedera Fisiologis	• mengidentifikasi nyeri dengan PQRST	S : Pasien mengatakan nyeri post op dibagian paha kanan atas P : kapanpun, saat diam dan bergerak r : Paha kanan atas S : 5 t : hilang timbul O : Pasien tampak meringis, tampak mengeram kesakitan td : 130/89 mmHg n : 88 x/ menit s : 36. RR : 21 x/menit
		• Mengidentifikasi respon non verbal	S : Pasien mengatakan sakit pada bagian paha kanan atas. O : Pasien tampak kesakitan
		• memberikan teknik non farmakologis	S : Pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi nafas dalam O : Pasien dapat mengulang yang diajarkan
		• mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	S : Pasien mengatakan lingkungannya sedikit mengganggu istirahat dan memperberat rasa sakit O : Pasien tampak kurang nyaman
19.40	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • memfasilitasi aktivitas mobilitasi dengan alat bantu • melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)	S : Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak. O : Pasien tampak kesakitan S : Pasien mengatakan bersedia menggunakan alat bantu. O : Pasien tampak mencoba S : keluarga bersedia membantu. O : tampak berusaha membantu. S : Pasien mengatakan bersedia diajarkan berpindah posisi O : Pasien tampak berusaha melakukan

tgl/jam	dx. kerawatan	implementasi	respon	TRD
28/02/23 13.55	Gangguan Citra tubuh b.d Perubahan Struktur tubuh	Menggunakan teknik mendengarkan aktif mengenai harapan pasien • memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan • mendiskusikan cara menangani situasi tidak terduga secara efektif	S : Pasien mengatakan bersedia untuk beresita O : Pasien tampak masih malu. S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien tampak antusias S : Pasien mengatakan bersedia dan ingin mengetahui caranya. O : Pasien tampak mengerti	
29/02/23 14.30 01/03/23	Nyeri Akut b.d agen Pencedera Fisiologis	• mengidentifikasi nyeri dengan POFST • mengidentifikasi respon non verbal • memberikan teknik nonfarmakologis (nafas dalam) • mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri post op di bagian paha kanan atas. P : kapanpun, saat diam dan bergerak A : seperti ditusuk-tusuk. T : Paha kanan atas S : 4 T : hilang timbul. O : Pasien kesulitan tidur, tampak meringis S : Pasien mengatakan kesulitan tidur O : Pasien tampak kerakitan S : Pasien mengatakan bisa mengulangi teknik nafas dalam O : Pasien tampak bisa mengulangi S : Pasien mengatakan lingkungan sudah mulai kondusif O : Pasien tampak nyaman	
15.20	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	• mengidentifikasi adanya nyeri atau kelahan fisik lainnya • memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu • melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan • Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur)	S : Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak O : Pasien tampak kesakitan S : Pasien mengatakan bersedia menggunakan alat bantu O : Pasien tampak berusaha bergerak. S : keluarga bersedia membantu O : tampak berusaha membantu S : Pasien mengatakan bersedia diajarkan berpindah posisi O : Pasien tampak sudah bisa bergerak miring kanan kiri	

(GELATIK)



tgl/Jam	Dx keperawatan	Implementasi	Respon
16.00	Gangguan citra	• menggunakan teknik	S: Pasien mengatakan bersedia untuk
20/02/23	tubuh b.d	Mendengarkan aktif	bercerita
	Perubahan struktur	mengenai pasien	O: Pasien tampak masih tertutup.
	tubuh	• memotivasi berpikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan	S: Pasien mengatakan dirinya memiliki kekurangan O: Pasien tampak sedih
		• mendiskusikan cara menangani situasi tidak terduga	S: Pasien mengatakan paham tentang apa yang diajarkan O: Pasien tampak sedikit kurang aktif
1/03/23	nyeri akut b.d aqen	• mengidentifikasi nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri post op
14.30	Pencedera fisiologis.	dengan PQRST	di bagian paha kanan atas P: kapanpun, lebih nyeri saat bergerak Q: seperti tertusuk R: Paha kanan atas S: 4 T: hilang timbul O: Pasien tampak merangis. TD: 125/88 mmHg N: 85 x/menit S: 36 RR: 22 x/menit
		• mengidentifikasi respon non verbal	S: Pasien mengatakan sakit pada bagian paha kanan atas O: Pasien tampak kesakitan.
		• memberikan teknik non farmakologis (napas dalam)	S: Pasien mengatakan bersedia O: Pasien bisa mengulang yang diajarkan
		• mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	S: Pasien mengatakan lingkungannya kondusif O: Pasien tampak nyaman
1/02/23	Gangguan mobilitas	• mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	S: Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak. O: Pasien tampak kesakitan
14.50	Fisik b.d nyeri	• melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan	S: keluarga bersedia membantu O: tampak berusaha membantu.

tgl/jam	Di Keperawatan	Implementasi	Respon
29/02/23 15.10	Gangguan Citra tubuh b.d Perukahan	• menggunakan teknik mendengarkan aktif mengenai pasien	S: Pasien mengatakan bersedia untuk bercerita O: Pasien tampak tertutup
2/03/23	struktur tubuh.	• memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan • mendiskusikan cara menangani situasi tidak terduga	S: Pasien mengatakan dirinya memiliki kekurangan O: Pasien tampak kurang aktif S: Pasien mengatakan paham tentang gang digjarkan O: Pasien tampak paham
7/02/23 18.10	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	• mengidentifikasi nyeri dengan PQRST • mengidentifikasi respon non verbal • memberikan teknik nonfarmakologis (nafas dalam) • mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri Post op dibagian paha kanan atas P: kapanpun, lebih sakit saat bergerak Q: seperti difusuk - tusuk R: Paha kanan atas S: 4 T: hilang timbul O: Pasien tampak meringis S: Pasien mengatakan kesulitan tidur O: Pasien tampak kesakitan S: Pasien mengatakan bisa mengulangi teknik nafas dalam O: Pasien tampak bisa mengulangi S: Pasien mengatakan lingkungan sudah mulai kondusif O: Pasien tampak nyaman
18.30	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	• mengidentifikasi adanya nyeri atau kelelahan fisik lainnya • memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	S: Pasien mengatakan nyeri bertambah pada saat bergerak O: Pasien tampak kesakitan S: Pasien mengatakan bersedia menggunakan alat bantu O: Pasien tampak berlatih bergerak

Tgl/Jam	Dx keperawatan	Catatan Keperawatan	TTO
28/02/23	Nyeri akut b.d agen pencedera	S: Pasien mengatakan merakan nyeri dibagian paha	Dij
10.20	Fisiologis	atas setelah dioperasi	
		O: Pasien tampak lemas.	
		P: terjadi kapanpun, lebih sakit saat bergerak.	
		CA: seperti dituruk-turuk.	
		R: Paha kanan atas	
		S: 4	
		T: hilang timbul	
		A: masalah belum teratasi	
		P: Lanjut intervensi	
		· memberikan teknik nonfarmakologis (nafas dalam)	
11.00	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	S: Pasien mengatakan kesulitan tidur dan bergerak. nyeri saat bergerak.	Dij
		O: Pasien tampak kesulahan Pasien tampak menitih.	
		Td: 135/85 mmHg	
		Nadi: 88x/menit.	
		SPO ₂ : 98.	
		RR: 22x/menit.	
11.20	Gangguan Citra tubuh b.d Perubahan struktur tubuh	A: masalah belum teratasi P: Lanjut intervensi	
		· memfasilitasi aksi vital mobilitasi dengan alat bantu.	
11.20	Gangguan Citra tubuh b.d Perubahan struktur tubuh	S: Pasien mengatakan malu dengan kondisinya sekarang takut menjadi bahan olok-an teman dan tetangganya.	Dij
		O: Pasien tampak tertup. Pasien tampak kurang nyaman saat diawancarai	
		A: masalah belum teratasi	
		P: lanjutkan intervensi	
		· memotivasi berfikir positif dan berkomitmen dalam mencapai tujuan.	

tgl/jam	Dx keperawatan	Catatan keperawatan	TTD
11/03/23	nyeri akut b.d	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang	
15.10	Agen Pencedera	namun sekejap masih muncul	
	Fisiologis	O: Pasien tampak meringis	
		P: terjadi kapanpun	
		Q: Seperti di tusuk-tusuk	
		R: Paha Kanan bagian atas	
		S: 3	
		T: hilang timbul	
		A: masalah belum teratasi	
		P: lanjut intervensi	
		· mengontrol lingkungan yang	
		memperberat nyeri	
15.30	Gangguan mobilitas fisik	S: Pasien mengatakan kesusahan bergerak	
	b.d nyeri	dan nyeri saat bergerak	
		O: Pasien tampak mengisir	
		TD: 125/88 mmHg	
		Nadi: 89 x/menit	
		RR: 21 x/menit	
		A: masalah belum teratasi	
		P: Lanjutkan intervensi	
		· Ajarkan mobilitasi sederhana	
		(duduk di kasur)	
16.00	Gangguan Citra tubuh b.d	S: Pasien mengatakan malu dengan kondisinya	
	Perubahan struktur tubuh	O: Pasien sudah mulai terbuka untuk bercerita	
		Pasien tampak merasa nyaman	
		Pasien tampak lebih menerima kondisinya	
		dan bersyukur dengan apa yang dimiliki	
		A: masalah teratasi	
		P: hentikan intervensi	

tgl / Jam	Dx keperawatan	repon
2/03/23	nyeri akut b.d agen pencedera	S: Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri
16.10	Fisiologis	O: Pasien tampak lebih segar A: Masalah sudah teratasi P: hentikan intervensi
16.30	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	S: Pasien mengatakan sudah mulai bisa duduk ditempat tidur O: Pasien tampak bisa duduk Pasien tampak lebih bugar A: masalah teratasi P: hentikan intervensi
17.00	Gangguan citra tubuh b.d Perubahan struktur tubuh	S: Pasien mengatakan sudah mulai percaya diri O: Pasien tampak nyaman saat diajak berkomunikasi A: masalah teratasi P: hentikan intervensi

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia, M. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN NYERI DAN KENYAMANAN DENGAN POST OPERASI HERNIA INGUINALIS DI RS TK IV 02.07.04 DENKESYAH LAMPUNG TAHUN 2022*. 1–23.
- Arfa, M. (2013). *PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST-OPERASI APPENDISITIS DI RUANGAN BEDAH RSUD Prof. Dr. Hi. ALOEI SABOE KOTA GORONTALO*. 73.
- Elsya Yosita Utami. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST HERNIORAPHY DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA KARYA*.
- Fakultas Kedokteran Universitas Hassanuddin. (2017). *Pemeriksaan fisik jantung*. 19–20. <https://med.unhas.ac.id/kedokteran/wp-content/uploads/2017/09/PEMERIKSAAN-FISIS-JANTUNG.pdf>
- Hamriyani. (2020). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawata Pada Klien Tn. A Dengan Gangguan Sistem Pencernaan:Post Operasi (Hernia Inguinalis Lateral) Di Ruang Bedah Rumah Sakit Benyamin Guluh Kabupaten Kolaka. Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kendari Jurusan Keperawatan*.
- Hidayati, N. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Hernia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman. Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Universitas Kusuma Husada Surakarta, 3(2), 58–66*. <http://www.tjyybjb.ac.cn/CN/article/downloadArticleFile.do?attachType=PDF&id=9987>
- Kurniawati, S., Putri, R., & Kep, S. (2021). *Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns) Oleh*.
- Meliani, R. I., & Dytho, M. S. (2022). *HERNIA*.

- Muhammad Qiemas. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Pos Operasi Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis. *Kesehatan*, 1, 34--40. <http://ejurnal.stikesbhaktikencana.ac.id>
- Mustikaturrokhmah, D., & Idoan Sijabat, S. (2022). HERNIOTOMY DAN HERNIOPLASTY PADA HERNIA INGUINALIS LATERALIS REPONIBEL SINISTRA : LAPORAN KASUS Herniotomy and Hernioplasty in Sinistra Reponible Lateral Inguinal Hernia : Case Report. *Proceeding of the 15th Continuing Medical Education, September*, 764–770.
- Pambudi, A. W. (n.d.). *BAB II TINJAUAN PUSTAKA*.
- Pangestu, M. F., Ayubbana, S., & ... (2021). Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Pada Pasien Gastritis Di Kota Metro. *Jurnal Cendikia* ..., 2(September), 341–345. <http://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/356%0A> <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/viewFile/356/217>
- Pebriana, M. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA PASIEN HERNIA INGUINALIS LATERALIS DENGAN TINDAKAN HERNIOTOMI DI RSUD AHMAD YANI METRO TAHUN 2022*. 1–23.
- Pebriana, Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Hernioraphy Atas Indikasi Hernia Inguinalis Lateralis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut*. 1, 1–53.
- Pikatan, O., Besin, V., & Sadikin, C. (2022). *Laporan Kasus Revaskularisasi pada Diseksi Arteri Karotis Setelah Pengobatan dengan Novel Oral Antikoagulan (NOAC) pada Stoke Infark Akut Revascularization of Internal Carotid Artery Dissection After Novel Oral Anticoagulant (NOAC) Therapy in Acute In*. 39, 10–13.
- PPNI, T. P. S. D. (2016). (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*

(SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia.

Ridlo, M. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dan Tn. F dengan Post Operatif Hernia Inguinalis di Ruang Bedah RSUD Kota Tangerang Selatan. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.58467/ijons.v2i1.15>

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

Sjamsuhidajat, R. (2016). *Buku ajar ilmu bedah*.

Tim Pokja DPP PPNI. (2016). *Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2016), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia*.

TIM Pokja SIKI DPP PPNI. (2016). *Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2016), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia*.

Wahid, F., Isnaniah, Sampe, J., & Langitan, A. (2019). Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Dengan Hemiparese Sinistra. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 12.

Yanti, O. Y., & Susanto, A. (2022). *MANAJEMEN NYERI NON FARMAKOLOGI GUIDED IMAGERY PADA PASIEN POST OPERASI CARCINOMA MAMMAE*. 3(4).



