

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI HIL (HERNIA
INGUINALIS LATERALIS) DI RUANG MELATI RSUD
BANGIL**



**OLEH:
MOHAMMAD RIFKI NURUZZAMAN
NIM 1601059**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN

DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI HIL (HERNIA

INGUINALIS LATERALIS) DI RUANG MELATI RSUD

BANGIL

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
(Amd. Kep) Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh:
MOHAMMAD RIFKI NURUZZAMAN
NIM. 1601059

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mochammad Rifki Nuruzzaman

NIM : 1601059

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 27 Maret 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI HIL (HERNIA INGUINALIS LATERALIS) DI RUANG MELATI RSUD BANGIL"** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, Mei 2019

Yang Menyatakan,


Mochammad Rifki Nuruzzaman

Mengetahui,

Pembimbing 1


Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2


Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes
NIDN. 0724098402

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Mochammad Rifki Nuruzzaman

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M Dengan Diagnosa Medis Post
Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil

Telah disetujui untuk di ujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada
tanggal 20 Juni 2019

Oleh :

Pembimbing 1

Pembimbing 2



Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra S.Kep., MNS
NIDN. 0731108603



Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes
NIDN. 0724098402

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia




Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes
NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal: 20 Juni 2019

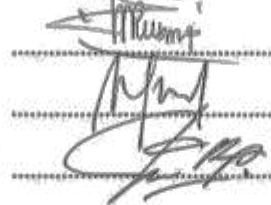
TIM PENGUJI

Ketua : Ns. Riesmiyatiningdyah S.Kep., M.Kes

Anggota : 1. Ns. Meli Diana S.Kep., M.Kes

2. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, MNS

Tanda Tangan



Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

“HIDUP INI ADALAH UJIAN BUKAN
TUJUAN DAN HARTA SEBAGAI
JEMBATAN BUKAN TUJUAN”

“CARILAH DUNIA UNTUK BEKAL
IBADAH JANGAN IBADAH UNTUK
BEKAL DUNIA”

(POMPES BIHAARU BAHRI ASALI FADLAAILIR RAHMAH)

**KUPERSEMBAHKAN KARYAKU
UNTUK IBU DAN AYAH TERCINTA
KAKAK DAN SEMUA KELUARGA TERSAYANG
SEMUA
SAHABAT – SAHABATKU
DAN CIVITAS AKADEMIKA AKADEMI KEPERAWATAN
KERTA CENDEKIA SIDOARJO**

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M Dengan Diagnosa Medis Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di Ruang Melati RSUD Bangil”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Untuk Orangtua Ayah H. Moh. Khusaini dan Ibu Hj. Siti Maimunah dan juga kakakku Moch. Hafidz Noviyanto, S. AP. yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dari awal hingga akhir.
3. Agus Sulistyowati, S. Kep., M. Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mengesahkan.
4. Kusuma Wijaya Ridi Putra, Ns., MNS selaku pembimbing I yang selalu bijaksana memberikan bimbingan, mencurahkan perhatian, doa, dan nasehat serta yang selalu meluangkan waktunya untuk membantu penulis menyelesaikan penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Meli Diana S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan, nasehat serta waktunya selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh Bapak/Ibu Dosen dan Pegawai di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah memberikan ilmu dan pengalaman selama ini.

7. Direktur RSUD Bangil yang telah membantu dan memberikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian.
8. Ruangan Melati RSUD Bangil yang telah membantu dan memberikan pendampingan kepada penulis dalam melakukan penelitian.
9. Untuk kekasih tercinta Marita Milenia, terima kasih sudah memberikan dukungan, semangat dan do'a buat pengerjaan KTI ini.
10. Para sahabat yang telah mendukung untuk terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu, teman-teman seperjuangan yang telah menemani selama saya menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
11. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	I
Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar.....	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto.....	vi
Lembar Persembahan.....	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiv
 BAB 1 Pendahuluan	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.5.1 Metode	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	6
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Klasifikasi	8
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Patofisiologi	12
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.7 Penatalaksanaan	13
2.1.8 Penatalaksanaan Pasca Operasi	14
2.1.9 Dampak Masalah	15
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	16
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	18
2.2.3 Intervensi Keperawatan	24
2.2.4 Implementasi Keperawatan	24
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	32
2.3 <i>Pathway</i>	34
	36
 BAB 3 Tinjauan Kasus.....	
3.1 Identitas Klien.....	38

3.2 Riwayat Keperawatan.....	38
3.3 Genogram.....	38
3.4 Pemeriksaan Fisik.....	41
3.5 Analisa Data.....	41
3.6 Daftar Masalah Keperawatan Post op HIL.....	51
3.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	53
3.8 Rencana Tindakan Keperawatan.....	53
3.9 Implementasi Keperawatan.....	54
3.10 Catatan Perkembangan.....	56
3.11 Evaluasi Keperawatan.....	59
	60
BAB 4 Pembahasan.....	
4.1 Pengkajian	61
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	61
4.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	66
4.4 Tindakan Keperawatan.....	67
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	69
	70
BAB 5 Penutup.....	
5.1 Simpulan.....	72
5.2 Saran.....	72
	73
DAFTAR PUSTAKA	
	75
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 3.1	Hasil Laboratorium pada Tn. M pada tanggal 24 November 2018.....	48
Tabel 3.2	Analisa Data Pada Tn. M Dengan Diagnosa Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil Pada Tanggal 24 Januari 2019	51
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis lateralis) Dengan Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut Berhubungan Dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil Pada Tanggal 24 Januari 2019	54
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan Pada Tn. M dengan diagnosa Medis Post Op HIL (Hernia Inguinalis lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil Pada Tanggal 24 Januari 2019	56
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan untuk Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut Berhubungan dengan peningkatan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil	59
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan untuk Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut Berhubungan dengan peningkatan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil	60

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Modifikasi kerangka Masalah Pada Klien dengan Diagnosa Medis Hernia.....	37
Gambar 3.1	Genogram Tn. M dengan Diagnosa HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil	41

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Permohonan ijin penelitian	76
Lampiran 2	<i>Informed Consent</i>	77
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Pasca Proposal.....	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong dan isi hernia (Wim Dejong, 2008). Kebanyakan masyarakat yang beraktivitas terlalu berat, mengangkat beban terlalu berat karena masyarakat tidak tahu ilmu untuk mengangkat beban itu sendiri sehingga masyarakat tidak menyadari dan tidak pernah menghiraukan kesehatannya. Mereka juga tidak menghiraukan sakit yang mereka rasakan seperti halnya nyeri, dan mereka juga hanya beranggapan bahwa nyeri itu hanyalah penyakit lambung biasa tanpa ada kecurigaan yang lain sehingga masyarakat tidak cepat-cepat untuk pergi ke Rumah Sakit terdekat masyarakat hanya memberikan obat penawar rasa nyeri saja karena masyarakat beranggapan bahwa nyeri itu hanyalah penyakit lambung. Dari ketidakhirauan yang ada dimasyarakat itulah ketika mereka memeriksakannya ke rumah sakit ternyata mereka di diagnosa hernia yang sudah parah dan biasanya langsung tindakan operasi. (Sjamsuhidayat, 2008).

Penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Hal tersebut dapat terlihat pada data *World Health Organization* (2010), dimana penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12,7%) dengan penyebaran paling banyak adalah di daerah negara-negara berkembang seperti asia tenggara termasuk indonesia.

Bank data Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa distribusi penyakit sistem pencernaan pada pasien rawat inap, khususnya hernia, menempati urutan ke-8 dengan jumlah 18.145 kasus. Dan 273 kasus diantaranya meninggal dunia. Dari total tersebut, 15.051 diantaranya terjadi pada pria dan 3.094 kasus terjadi pada wanita. Sedangkan untuk pasien rawat jalan, hernia masih menempati urutan ke-8. Dari 41.516 kunjungan, sebanyak 23.721 kasus adalah kunjungan baru dengan 8.799 pasien pria dan 4.922 pasien wanita. (Depkes RI, 2011). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis didapatkan bahwa jumlah penderita hernia di RSUD Bangil pada bulan Januari sampai dengan Desember 2017 sebanyak 283 Penderita yang terdiri dari 167 penderita Inguinal Hernia dan 116 penderita *Unilateral or Unspecified Inguinal Hernia without obstruction or Gangrene*. (Rekam Medik RSUD Bangil, 2018).

Secara umum hernia lebih sering terjadi pada orang yang sudah lanjut usia, karena pada usia lanjut dinding otot sudah lemah, sehingga sangat berpeluang terjadinya hernia. Dan umumnya terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dan lebih sering pada sisi kanan dari pada kiri abdomen. Dan adapun faktor presipitasi yang dapat mengakibatkan hernia, antara lain: obesitas, kehamilan, mengejan, batuk kronis, mengangkat beban berat (Agung, 2009). Hernia dapat mengakibatkan berbagai komplikasi yang parah dan mengganggu kesehatan bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi lubangnya usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, atau peritonitis, perlekatan, hernia irreponibel, terjadinya jepitan menyebabkan iskemia, infeksi yang dapat menimbulkan nekrosis, obstipasi (R. Sjamsuhidajat & Jong, 2011).

Untuk mencegah terjadinya hernia dapat dilakukan dengan upaya menghindari mengangkat benda berat, turunkan berat badan jika kelebihan berat badan, menghindari terlalu mengejan saat miksi dan pada saat defekasi. Solusi agar tidak terjadi komplikasi yang lebih parah sesegera mungkin klien penderita hernia di operasi *herniotomy*. Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang meliputi tindakan promotif, preventif, melakukan tindakan kolaboratif dengan tim medis dalam pelaksanaan kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit hernia, terkait dengan bagaimana terjadinya penyakit dan hal-hal yang menyebabkan hernia serta penanganannya. Upaya preventif dengan menghindari faktor resiko antara lain obesitas, batuk kronis, terlalu sering mengejan, serta mengangkat barang berat. Upaya kuratif antara lain dengan pembedahan dan terapi medis yaitu pemberian antibiotik dan analgesik. Upaya rehabilitatif dengan cara memberikan pendidikan kesehatan pada pasien post operasi hernia agar mengkonsumsi makan tinggi serat, menghindari mengangkat beban terlalu berat dan faktor resiko lain yang dapat menyebabkan terjadinya hernia. (Suratun & Lusianah, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Hernia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “ Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Mengkaji pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- 1.3.2.2. Merumuskan diagnose keperawatan pada pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- 1.3.2.3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- 1.3.2.4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- 1.3.2.5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.
- 1.3.2.6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnose HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

1.5 Metode Penulisan

1.5.1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses

keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2. Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3. Sumber Data

1.5.3.1 Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1.6.1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose kanker serviks serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan hernia. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit hernia dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Hernia merupakan produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong dan isi hernia (Wim Dejong, 2008). Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan dinding perut (Nurarif, 2013).

2.1.2 Etiologi

Hal yang mengakibatkan hernia menurut Haryono (2012) adalah:

2.1.2.1 Kelainan kongenital atau kelainan bawaan.

2.1.2.2 Kelainan didapat, meliputi:

- 1) Jaringan kelemahan.
- 2) Luasnya daerah di dalam ligamen inguinal.

- 3) Trauma.
- 4) Kegemukan.
- 5) Melakukan pekerjaan berat.
- 6) Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar.

2.1.3 Klasifikasi hernia

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

2.1.3.1 Klasifikasi hernia berdasarkan letaknya

- 1) Hernia Femoralis Pintu masuk hernia femoralis adalah anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis.
- 2) Hernia Umbilikalis merupakan hernia kongenital pada umbilikus yang hanya tertutup peritoneum dan kulit akibat penutupan yang inkomplet dan tidak adanya fasia umbilikalis.
- 3) Hernia Paraumbilikus merupakan hernia melalui suatu celah di garis tengah di tepi kranial umbilikus, jarang terjadi di tepi kaudalnya. Penutupan secara spontan jarang terjadi sehingga umumnya diperlukan tindakan operasi untuk dikoreksi.
- 4) Hernia Epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan prosessus xifoideus.
- 5) Hernia Ventralis adalah nama umum untuk semua hernia di dinding perut bagian anterolateral; nama lainnya adalah hernia insisional dan hernia sikatriks.

- 6) Hernia Lumbalis Di daerah lumbal antara iga XII dan krista iliaka, ada dua trigonum masing-masing trigonum kostolumbalis superior (ruang Grijinfelt/lessshaft) berbentuk segitiga terbalik dan trigonum kostolumbalis inferior atau trigonum iliolumbalis berbentuk segitiga.
- 7) Hernia Littre yang sangat jarang dijumpai ini merupakan hernia berisi divertikulum Meckle. Sampai dikenalnya divertikulum Meckle, hernia littre dianggap sebagai hernia sebagian dinding usus.
- 8) Hernia Spieghele adalah hernia venteralis dapatan yang menonjol di linea semilunaris dengan atau tanpa isinya melalui fascia spieghele.
- 9) Hernia Obturatoria adalah hernia melalui foramen obturatorium.
- 10) Hernia Perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fascia, lewat defek dasar panggul yang dapat terjadi secara primer pada perempuan multipara atau sekunder pascaoperasi pada perineum, seperti prostatektomi, reseksi rektum secara abdominoperineal, dan eksenterasi pelvis. Hernia keluar melalui dasar panggul yang terdiri atas otot levator anus dan otot sakrokoksigeus beserta fasianya dan dapat terjadi pada semua daerah dasar panggul.
- 11) Hernia Pantaloni merupakan kombinasi hernia inguinalis lateralis dan medialis pada satu sisi.
- 12) Hernia Inguinalis sebagian usus keluar dari rongga perut melalui dinding bawah perut ke arah sekitar kelamin. Hal ini membuat

munculnya benjolan pada kantung buah zakar (skrotum) yang dapat terasa sakit atau panas.

2.1.3.2 Klasifikasi hernia berdasarkan terjadinya

- 1) Hernia bawaan atau kongenital.
- 2) Hernia dapatan atau akuisita (acquisitus = didapat) adalah hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.

2.1.3.3 Klasifikasi hernia berdasarkan sifatnya

- 1) Hernia reponibel apabila isi hernia dapat keluar-masuk. Usus keluar ketika berdiri atau mengejan, dan masuk lagi ketika berbaring atau bila didorong masuk ke dalam perut. Selama hernia masih reponibel, tidak ada keluhan nyeri atau obstruksi usus.
- 2) Hernia irreponibel apabila isi hernia tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Biasanya disebabkan oleh pelekatan isi kantong kepada peritoneum kantong hernia.
- 3) Hernia Inkaserata atau Hernia strangulate apabila isi hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut. Akibatnya terjadi gangguan pasase atau vaskularisasi. Hernia inkaserata lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel yang di sertai gangguan pasase, sedangkan hernia strangulata digunakan untuk menyebut hernia ireponibel yang disertai gangguan vaskularisasi.
- 4) Hernia Richter apabila strangulasi hanya menjepit sebagian dinding usus. Komplikasi dari hernia richter adalah strangulasi sampai terjadi perforasi usus.

- 5) Hernia Interparietalis yang kantungnya menjorok ke dalam celah antara lapisan dinding perut.
- 6) Hernia Eksterna apabila hernia menonjol keluar melalui dinding perut, pinggang atau perineum.
- 7) Hernia Interna apabila tonjolan usus tanpa kantung hernia melalui suatu lubang dalam rongga perut, seperti foramen Winslow, resesus retrosekalis atau defek dapatan pada mesenterium setelah operasi anastomosis usus.
- 8) Hernia Inscipiens yang membalut merupakan hernia indirect pada kanalis inguinalis yang ujungnya tidak keluar dari anulus eksternus.
- 9) Hernia Sliding yang isi kantungnya berasal dari organ yang letaknya ekstrapéritoneal.
- 10) Hernia Bilateral Defek terjadi pada dua sisi.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Jong (2008), tanda dan gejala dari hernia, antara lain:

- 2.1.4.1 Berupa benjolan keluar masuk atau keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- 2.1.4.2 Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- 2.1.4.3 Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- 2.1.4.4 Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.

2.1.4.5 Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.

2.1.4.6 Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.

2.1.4.7 Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.5 Patofisiologi

Tonjolan yang semakin besar, lama kelamaan tidak bisa masuk kembali secara spontan maupun dengan berbaring tetapi membutuhkan dorongan dengan jari yang disebut hernia *reponible*. Jika kondisi seperti ini dibiarkan saja maka dapat terjadi perlengketan dan lama kelamaan perlengketan tersebut menyebabkan tonjolan yang tidak dapat dimasukkan kembali dan disebut hernia *irreponible*. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Dari pembedahan tersebut terdapat luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan nyeri yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mengurangi pergerakan dan resiko infeksi (Liu & Campbell, 2011).

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut Suratan dan Lusianah (2010:321) pemeriksaan diagnostik pada klien hernia yaitu :

2.1.6.1 Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit), dan

ketidakseimbangan elektrolit. Pemeriksaan koagulasi darah: mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau post operasi.

2.1.6.2 Pemeriksaan urine

Munculnya sel darah merah atau bakteri yang mengidentifikasi infeksi.

2.1.6.3 Elektrokardiografi (EKG)

Penemuan akan sesuatu yang tidak normal memberikan prioritas perhatian untuk memberikan anestesi.

2.1.6.4 Sinar X abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Amin & Kusuma (2015) penanganan hernia ada dua macam:

2.1.7.1 Konservatif. Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Bukan merupakan tindakan definitif sehingga dapat kambuh kembali. Adapun tindakannya terdiri atas:

- 1) Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam kavum peritoneum atau abdomen. Reposisi dilakukan secara manual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.
- 2) Suntikan Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sklerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari kavum peritoneum.

- 3) Sabuk hernia Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

2.1.7.2 Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada hernia reponibilis, hernia irreponibilis, hernia strangulasi, hernia inkarserata. Operasi hernia ada 3 macam:

1) *Herniotomy*

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

2) *Hernioraphy*

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

3) *Hernioplasty*

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

2.1.8 Penatalaksanaan pasca operasi

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

dokter, hindari mengejan, mendorong atau mengangkat benda berat. Jaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, mengganti balutan steril setiap hari pada hari ketiga setelah operasi kalau perlu. Hindari faktor pendukung seperti konstipasi dengan mengonsumsi diet tinggi serat dan masukan cairan yang adekuat (Amin & Kusuma, 2015).

2.1.9 Dampak masalah

2.1.9.1 Terhadap klien

1) Dampak biologis

Pada klien hernia ini terjadi perubahan pada aktivitas gerak tubuhnya karena rasa nyeri yang diakibatkan pasca operasi.

2) Dampak psikologis

Klien akan merasakan cemas yang diakibatkan oleh rasa nyeri dari *post-opherniotomi*, perubahan gaya hidup, kehilangan peran baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat, dampak dari hospitalisasi rawat inap dan harus beradaptasi dengan lingkungannya yang baru.

3) Dampak sosiologis

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena harus menjalani perawatan yang waktunya tidak sebentar dan klien juga harus membatasi pekerjaan yang akan membuat sakitnya kambuh kembali seperti mengangkat benda-benda yang berat.

4) Dampak spiritual

Klien akan mengalami sedikit gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya dalam beribadah yang diakibatkan karena rasa nyeri yang dialami sesudah operasi.

2.1.9.2 Terhadap Keluarga

Masalah yang timbul pada keluarga dengan salah satu anggota keluarganya yang terkena hernia adalah timbulnya kecemasan akan keadaan klien. Untuk itu peran perawat disini adalah dalam memberikan penjelasan terhadap keluarga. Selain itu keluarga harus bisa menanggung semua biaya perawatan selama klien di rawat klien di rumah sakit dan biaya untuk operasi klien. Hal ini tentunya menambah beban dalam keluarga.

Masalah-masalah diatas timbul saat klien masuk rumah sakit, sedangkan masalah juga bisa timbul saat klien pulang dari rumah sakit dan tentunya keluarga harus bisa merawat klien. Hal ini tentunya akan menambah beban bagi keluarga dan bisa menimbulkan konflik dalam keluarga (Haryono, 2012).

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Pada pasien hernia adalah riwayat pekerjaan biasanya mengangkat benda berat, nyeri seperti tertusuk pisau yang akan semakin memburuk dengan adanya batuk dan bersin Discharge Planing pasien adalah hindari mengejan, mengangkat benda berat, menjaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, biasanya penderita hernia yang sering terkena adalah laki-laki pada hernia inguinalis dan pada heria femoralis yang sering terkena adalah perempuan untuk usia antara 45-75 tahun (Baradero, 2005).

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus hernia adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan). Dalam mengkaji adanya nyeri, maka digunakan teknik PQRST.

P= *Provoking*: Merupakan hal - hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan dan biasanya nyeri akan bertambah apabila bersin, mengejan, batuk kronik dll.

Q= *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, ditekan, ditusuk-tusuk, diremas.

R= *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

S= *Scale of pain*: Biasanya klien hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5 - 7 dari skala pengukuran 1 - 10.

T=*Time*: Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. (Muttaqin, 2008).

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa di tentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. merasa ada benjolan di skrotum bagian kanan atau kiri dan kadang-kadang mengecil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat beban berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai mual-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis metabolik, abses, fistel, peritonitis. Pada pasien post operasi hernia juga akan merasakan nyeri dimana nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan,

serta riwayat operasi sebelumnya pada daerah abdomen atau operasi hernia yang pernah dialami klien sebelumnya.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

6) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Empat faktor yang mempengaruhi kesehatan yakni keturunan, pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan. Faktor pelayanan kesehatan meliputi ketersediaan klinik kesehatan dan fasilitas kesehatan lainnya, faktor perilaku meliputi antara lain perilaku mencari pengobatan dan perilaku hidup bersih dan sehat, sedangkan faktor lingkungan antara lain kondisi lingkungan yang sehat dan memenuhi persyaratan (Notoatmodjo, 2003). Kerja otot yang terlalu kuat, mengangkat beban yang berat, batuk kronik, mengejan sewaktu miksi dan defekasi, peregangan otot abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen (TIA). Seperti obesitas dan kehamilan, kelemahan abdomen bisa disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang didapat sesudah lahir dan usia dapat mempengaruhi kelemahan dinding abdomen (semakin bertambah usia dinding abdomen semakin melemah). Peningkatan tekanan intra abdomen diantaranya mengangkat beban berat, batuk kronis, kehamilan, kegemukan dan gerak badan yang berlebih. (Nuari, 2015).

7) Status Nutrisi dan Cairan.

Tanyakan kepada klien tentang jenis, frekuensi, dan jumlah klien makan dan minum klien dalam sehari. Kaji apakah klien mengalami anoreksia, mual atau muntah dan haus terus menerus. Kaji selera makan berlebihan atau berkurang, ataupun adanya terapi intravena, penggunaan selang NGT, timbang juga berat badan, ukur tinggi badan, lingkaran lengan atas serta hitung berat badan ideal klien untuk memperoleh gambaran status nutrisi.

2.2.1.2 Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan klien dengan hernia biasanya mengalami kelemahan serta tingkat kesadaran composmentis. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi appendiks.

2) B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)

Bentuk hidung simetris keadaan bersih tidak ada sekret, pergerakan dada simetris, Irama nafas regular tetapi ketika nyeri timbul ada kemungkinan terjadi nafas yang pendek dan cepat. Tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada retraksi otot bantu nafas, gerakan fokal fremitus antara kanan dan kiri sama, pada hernia inkarcerata dan strangulata di jumpai adanya peningkatan RR ($> 24 \times / \text{mnt}$) pada perkusi terdapat bunyi paru resonan, suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti ronkhi dan wheezing.

3) B2 Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Konjungtiva normal tidak terdapat sianosis, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada clubbing finger, CRT < 3 detik, tidak terdapat sianosis, peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi karena nyeri, terdapat bunyi jantung pekak/redup, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, bunyi jantung normal S1 S2 tunggal lup dup.

4) B3 Sistem Persyarafan (*Brain*)

Umumnya pada pasien hernia tidak mengalami gangguan pada persyarafannya, namun gangguan bisa terjadi dengan adanya nyeri pada post operasi sehingga perlu dikaji nilai GCS.

5) B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Pada Post Operasi kaji apakah terdapat benjolan pada abdomen bagian bawah / kandung kemih. Pada hernia inkarcerata dan strangulata di jumpai penurunan produksi urine. Ada tidaknya nyeri tekan pada kandung kemih. Kaji PQRST.

P= *Provoking*: Merupakan hal - hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan dan biasanya nyeri akan bertambah apabila berdin mengejan batuk kronik dll.

Q= *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, ditekan, ditusuk-tusuk, diremas.

R= *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

S= *Scale of pain*: Biasanya klien hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5 - 7 dari skala pengukuran 1 - 10.

T=*Time*: Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. (Muttaqin, 2008).

6) B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Dikaji mulai dari mulut sampai anus, tidak ada asites, pada pasien *post-op* biasanya sudah tidak ada benjolan pada abdomen, pada pasien *post-op* biasanya ada nyeri tekan, tidak ada distensi abdomen. Terdapat suara tympani pada abdomen, Peristaltik usus 5-21x/menit.

7) B6 Sistem Muskuluskeletal (*Bone*)

Biasanya post operasi *herniotomy* secara umum tidak memiliki gangguan, tetapi perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, dengan nilai kekuatan otot (0-5), adanya kekuatan pergerakan atau keterbatasan gerak. Terdapat lesi/ luka. Kaji keadaan luka apakah terdapat pus atau tidak, ada tidaknya infeksi, keadaan luka bersih atau lembab.

8) B7 Sistem Penginderaan

Pada *post herniotomy* pada sistem ini tidak mengalami gangguan baik penginderaan, perasa, peraba, pendengaran dan penciuman semua dalam keadaan normal.

9) B8 Sistem Endokrin

Pada sistem endokrin tidak terdapat pembesaran kelenjar *thyroid* dan kelenjar *parotis*.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan.

2.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

2.2.2.2 Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mobilisasi dini post operasi

2.2.2.3 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pentingnya mobilisasi dini post operasi.

2.2.2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut post operasi.

2.2.2.5 Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan masuknya mikroorganisme melalui luka pembedahan.

2.2.2.6 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan takut gerak dikarenakan nyeri post operasi.

2.2.2.7 Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas fisik sekunder terhadap pembedahan (Herdman & Kamitsuru, 2017).

2.2.3 Intervensi Keperawatan.

2.2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri klien hilang atau berkurang.

Kriteria hasil: Skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan (RR) 16-20 x/menit), pasien tidak menyeringai kesakitan. Intervensi:

1) Bina hubungan saling percaya.

Rasional agar terjalin hubungan saling percaya antara perawat, pasien dan keluarga pasien dalam melakukan pengkajian.

- 2) Ajarkan teknik relaksasi bisa dengan nafas dalam dan distraksi bisa dengan mengalihkan perhatiannya.

Rasional untuk mengurangi nyeri.

- 3) Berikan posisi senyaman mungkin.

Rasional agar tidak menambah rasa nyeri.

- 4) Observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan (RR).

Rasional untuk mengetahui respon tubuh terhadap nyeri.

- 5) Evaluasi intensitas dan frekuensi nyeri.

Rasional tingkat intensitas nyeri dan frekuensi menunjukkan skala nyeri.

- 6) Beri penjelasan pada pasien tentang penyebab nyeri.

Rasional memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien tentang nyeri.

- 7) Observasi keadaan luka

Rasional untuk mengetahui keadaan luka dan menghindari dari infeksi.

- 8) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Rasional untuk mengurangi rasa nyeri.

2.2.3.2 Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mobilisasi dini post operasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan pasien dapat mengurangi ansietas.

Kriteria hasil: Pasien tidak menampakkan tanda-tanda gelisah, pasien terlihat tenang, pasien mampu memahami mobilisasi dini post operasi.

Intervensi:

- 1) Bina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien.

Rasional hubungan saling percaya adalah dasar hubungan terpadu yang mendukung pasien dalam mengatasi perasaan cemas.

- 2) Pahami rasa takut atau ansietas pasien.

Rasional perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan dan menghadapinya.

- 3) Observasi tingkat ansietas yang dialami oleh pasien.

Rasional mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan yang dirasakan oleh pasien.

- 4) Temani atau atur supaya ada seseorang yang bersama pasien.

Rasional dukungan yang terus menerus mungkin membantu pasien mengurangi ansietas atau rasa takut ke tingkat yang dapat diatasi.

- 5) Beri penjelasan pada pasien tentang penyakitnya.

Rasional dapat mengurangi rasa cemas pasien akan penyakitnya.

2.2.3.3 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pentingnya mobilisasi dini post operasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2 jam diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan mengenai pentingnya mobilisasi dini.

Kriteria hasil: Klien mampu memahami segala informasi tentang penyakit yang dialami, klien mampu mengulang semua informasi yang di sampaikan

oleh perawat, klien mampu melakukan semua yang di sarankan oleh perawat.

Intervensi:

- 1) Observasi tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya.

Rasional mengetahui tingkat pemahaman dan pengetahuan pasien tentang penyakitnya .

- 2) Berikan informasi pada pasien tentang perjalanan penyakitnya.

Rasional meningkatkan pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan.

- 3) Berikan kesempatan pada pasien untuk menanyakan hal-hal yang tidak jelas.

Rasional meningkatkan pemahaman pasien.

- 4) Beri penjelasan pada pasien tentang setiap tindakan keperawatan.

Rasional mengurangi tingkat kecemasan dan membantu meningkatkan kerjasama dalam mendukung program terapi yang diberikan.

- 5) Anjurkan pada pasien untuk miring kanan dan miring kiri serta menggerakkan ekstremitas atas dan bawah.

Rasional agar sendi-sendi pasien tidak kaku dan tegang.

- 6) Berikan *Health Education* tentang perubahan status kesehatan, prosedur pembedahan, dan pentingnya mobilisasi dini post operasi.

Rasional meningkatkan pengetahuan pasien.

2.2.3.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur pasien teratasi.

Kriteria hasil: Pasien tidur 7-8 jam, pasien nampak segar, kantong mata tidak menghitam.

Intervensi:

- 1) Observasi pola tidur dan istirahat pasien.

Rasional mengetahui gangguan istirahat atau tidur pasien.

- 2) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan.

Rasional lingkungan yang tenang dapat memberikan ketenangan untuk tidur dan istirahat.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur yang cukup.

Rasional tidur yang cukup dapat memberi rasa segar pada pasien dan mempercepat proses penyembuhan.

- 4) Batasi pengunjung.

Rasional pasien bisa istirahat atau tidur dengan nyaman.

- 5) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan.

Rasional menciptakan suasana yang nyaman.

2.2.3.7 Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan masuknya mikroorganisme melalui luka pembedahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak ada tanda – tanda infeksi.

Kriteria hasil: Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti calor, dolor, rubor, tumor, perubahan functiolaesa dan tidak adanya pus (nanah), luka bersih tidak lembab dan kotor, tanda-tanda vital dalam batas normal(suhu tubuh 36^0 - 37^0 C).

Intervensi:

- 1) Pantau tanda-tanda vital, terutama suhu tubuh.

Rasional mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat.

- 2) Lakukan perawatan luka dengan teknik *aseptic*.

Rasional mengendalikan penyebaran mikroorganisme *pathogen*.

- 3) Lakukan perawatan terhadap luka pada post operasi apakah ada pus (nanah), lembab atau tidak, kotor atau bersih.

Rasional untuk mengurangi resiko infeksi nosokomial.

- 4) Jika di temukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit.

Rasional penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi.

- 5) Kolaborasi untuk pemberian *antibiotic*.

Rasional antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme *pathogen*.

2.2.3.8 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan takut gerak di karenakan nyeri post operasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktivitas ringan atau total.

Kriteria hasil: ADL (*Activity Daily Living*) dapat terpenuhi, pasien dapat beraktivitas secara mandiri.

Intervensi:

- 1) Pantau tingkat ketergantungan.

Rasional mengetahui kemampuan pasien dalam setiap intervensi yang diberikan.

- 2) Observasi tingkat kemampuan otot pasien.

Rasional memberikan intervensi sesuai toleran.

- 3) Anjurkan untuk melakukan mobilitas fisik yang sesuai dengan kemampuan (minimal miring kanan-kiri).

Rasional mencegah munculnya dekubitus.

- 4) Berikan dorongan pada pasien untuk melakukan aktivitas dalam lingkup keterbatasan dan beri bantuan sesuai kebutuhan. Awasi tekanan darah, nadi dengan melakukan aktivitas.

Rasional meningkatkan kemandirian pasien dalam beraktivitas dan mobilisasi, latihan secara bertahap menghindari kelelahan.

- 5) Lakukan ROM eksercise sesuai kemampuan secara bertahap sesuai dengan kemampuan.

Rasional meningkatkan kekuatan otot dan memperlancar aliran darah.

2.2.3.9 Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas fisik sekunder terhadap pembedahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri.

Kriteria hasil: pasien tampak bersih dan segar, pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan. Intervensi:

- 1) Observasi kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri.

Rasional mengkaji kemampuan pasien untuk melakukan perawatan memudahkan intervensi selanjutnya.

- 2) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.

Rasional mengganti pakaian melindungi pasien dari kuman dan meningkatkan rasa nyaman.

- 3) Berikan pujian pada pasien tentang kebersihannya.

Rasional memberikan pujian membuat pasien merasa tersanjung dan lebih kooperatif dalam kebersihan.

- 4) Motivasi keluarga dalam pemenuhan personal higiene.

Rasional meningkatkan kenyamanan psikologis dengan melibatkan keluarga.

- 5) Bimbing keluarga pasien memandikan atau menyeka pasien.

Rasional membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan.

2.2.4 Implementasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti membina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, memberikan posisi senyaman mungkin, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri, mengobservasi keadaan luka, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mobilisasi dini post operasi selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti membina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien, memahami rasa takut / ansietas pasien, mengobservasi tingkat ansietas yang dialami oleh pasien, menemani atau mengatur supaya ada seseorang yang bersama pasien, menjelaskan pada pasien tentang penyakitnya.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan mobilisasi dini post operasi selama 1x2 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti mengobservasi ulang pengetahuan pasien tentang penyakitnya, memberi informasi pada pasien tentang perjalanan penyakitnya, memberi kesempatan pada pasien untuk menanyakan hal-hal yang tidak jelas, memberi penjelasan pada pasien tentang setiap tindakan keperawatan, menganjurkan pasien untuk miring kanan dan miring kiri serta menggerakkan ekstremitas atas dan bawah, memberi Health Education tentang perubahan status kesehatan, prosedur pembedahan dan pentingnya mobilisasi dini post operasi.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut post operasi selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti mengobservasi pola tidur dan istirahat pasien, menciptakan lingkungan yang menyenangkan, menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur yang cukup, membatasi pengunjung, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan.

Pada diagnosa keperawatan risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan masuknya mikroorganisme melalui luka pembedahan selama 2x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti memantau tanda-tanda vital terutama suhu tubuh melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, melakukan perawatan terhadap luka pada post operasi apakah ada pus (nanah), lembab atau tidak, kotor atau bersih, jika ditemukan tanda infeksi melakukan kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit, melakukan kolaborasi dalam pemberian antibiotic.

Pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan takut gerak dikarenakan nyeri post operasi selama 2x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti memantau tingkat ketergantungan pasien, mengobservasi tingkat kemampuan otot pasien, menganjurkan pasien untuk melakukan mobilitas fisik yang sesuai dengan kemampuan (minimal miring kanan dan miring kiri), memberikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitas dalam lingkup keterbatasan dan memberi bantuan sesuai kebutuhan, melakukan ROM *exercise* sesuai kemampuan.

Pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas fisik sekunder terhadap pembedahan selama 2x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti mengobservasi kemampuan pasien

untuk melakukan perawatan diri, mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih, memberikan pujian pada pasien tentang kebersihannya, memotivasi keluarga dalam pemenuhan personal hygiene pasien, membimbing keluarga pasien memandikan atau menyeka pasien.

2.2.5 Evaluasi

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) selama 1x24 jam diharapkan skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan 16-20 x/menit), keadaan luka bersih pasien tidak menyeringai kesakitan.

Pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mobilisasi dini post operasi selama 1x2 jam diharapkan pasien tidak menampilkan tanda-tanda gelisah, pasien terlihat tenang, pasien mampu memahami mobilisasi dini post operasi.

Pada diagnosa keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pentingnya mobilisasi dini post operasi selama 1x2 jam diharapkan mampu memahami segala informasi tentang penyakit yang di alami, mampu mengulang semua informasi yang di sampaikan oleh perawat, mampu melakukan semua yang di sarankan oleh perawat.

Pada diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut post operasi selama 1x24 jam diharapkan pasien tidur 7-8 jam, pasien nampak segar, kantong mata tidak menghitam.

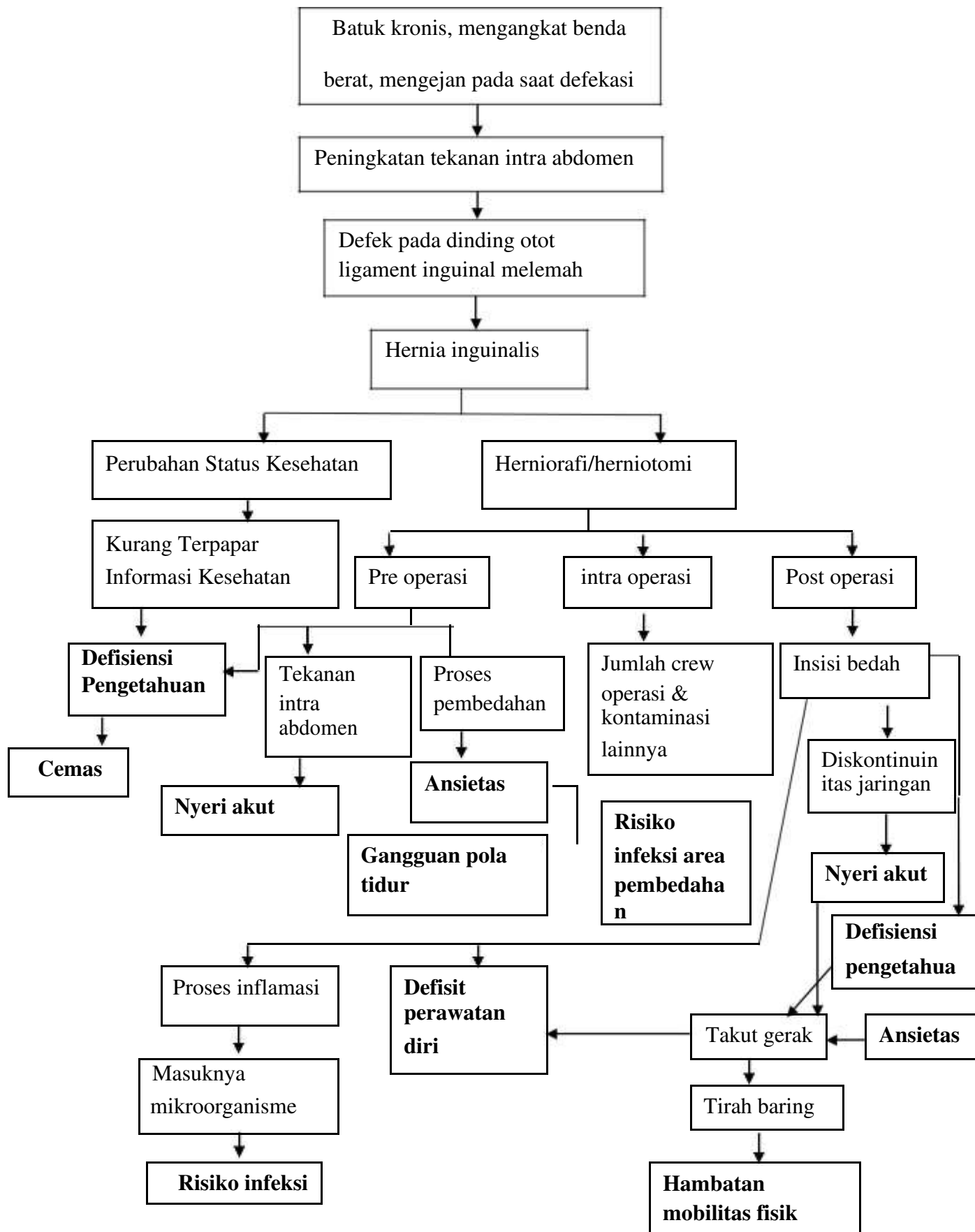
Pada diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan masuknya mikroorganisme melalui luka pembedahan selama 2x24 jam, diharapkan tidak ada

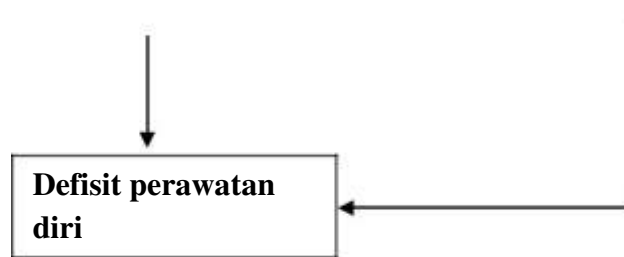
tanda-tanda infeksi seperti calor,dolor,rubor,tumor,perubahan functiolaesa dan tidak adanya pus(nanah), luka bersih tidak lembab dan kotor, tanda-tanda vital dalam batas normal (suhu tubuh 36^0 - 37^0 C).

Pada diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan takut gerak dikarenakan nyeri post operasi selama 2x24 jam diharapkan ADL (*Activity Daily Living*) dapat terpenuhi, pasien dapat beraktivitas secara mandiri.

Pada diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas fisik sekunder terhadap pembedahan selama 2x24 jam diharapkanpasien tampak bersih dan segar dan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan.

2.3 Pathway





Gambar 2.1 Modifikasi kerangka masalah pada klien dengan diagnosa medis hernia. (Nurarif, 2013).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada tanggal 24 Januari 2019 di Ruang Melati RSUD Bangil PASURUAN.

Data diambil tanggal : 24 Januari 2019 Jam : 18.10 Tgl. MRS : 24-01-2019

Ruang rawat/kelas : Melati / III No. Rekam medis : 00355115

Diagnosa medis : HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

3.1 Identitas Klien

Klien atas nama Tn. M berusia 60 tahun, bersuku Jawa, agama Islam, mempunyai tingkat pendidikan SD, pekerjaan swasta (Proyekan dan becak). Tn. M beralamatkan Ds. Jangkang Karangsono RT02 RW 01 Desa Karangsono Kecamatan Wonorejo Kabupaten PASURUAN.

Untuk penanggung jawab pembiayaan selama perawatan adalah Tn. M adalah Tn. M sendiri dengan menggunakan BPJS NON PBI.

3.2 Riwayat Keperawatan

3.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

3.2.1.1 Keluhan Utama: Klien mengatakan terasa nyeri pada bagian perut sebelah kanan. Sakit bertambah apabila ditekan atau digerakkan, nyeri seperti terbakar, Skala nyeri 4, nyeri diwaktu kakinya agak di tekuk.

3.2.1.2 Riwayat penyakit saat ini

Pada tanggal 20 Oktober 2018 pasien melihat ada benjolan di bagian perut sebelah kanan dan di periksakan ke dokter dekat rumah dan dokter mengatakan ke pasien bahwa itu adalah hernia lalu pada tanggal 24 November 2018 di bawa ke RSUD BANGIL yaitu ke poli bedah dengan nyeri hilang timbul, nyeri terasa cenut-cenut, skala nyeri 6, nyeri yang dirasakan semakin meningkat bila di tekan atau digerakkan dan di nyatakan dokter adalah hernia dan di operasi tetapi Tn. M masih berfikir. Pada tanggal 24 Desember 2018 pasien kembali lagi untuk kontrol dan ditawarkan operasi lagi dan pasien belum siap. Pada tanggal 24 Januari 2019 akhirnya pasien kembali control ke poli bedah dan siap untuk operasi pasien pun MRS.

3.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

3.2.2.1 Riwayat kesehatan yang lalu:

1) Penyakit yang pernah diderita:

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang menular ataupun menurun, seperti hipertensi, TB paru, diabetes melitus, hepatitis, ataupun asma. Klien mengatakan bahwa dulu punya prostat dan sudah di operasi.

2) Operasi : Klien pernah menjalani operasi sebelumnya yaitu prostat.

3) Alergi : Klien tidak menderita alergi.

3.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

3.2.3.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga:

Anggota Keluarga Klien tidak pernah menderita penyakit kronis seperti TB paru, hipertensi, diabetes mellitus, hepatitis, ataupun asma.

3.2.3.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Klien mengatakan lingkungan rumah Klien baik, hubungan Klien dengan tetangga juga baik. Hubungan di dalam keluarga juga harmonis.

3.2.3.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Dikehidupan sehari-hari Klien bekerja mengangkat benda-benda berat/kuli bangunan sudah dari muda dan apabila tidak menjadi kuli klien menjadi pengayu becak di area SURABAYA yang dapat mempengaruhi kesehatannya.

3.2.4 Status Cairan dan nutrisi

3.2.4.1 Nafsu makan: Pada saat di Rumah sakit Klien tidak mengalami penurunan nafsu makan.

3.2.4.2 Pola makan: Saat di rumah Klien makan 3x1 porsi habis sedangkan saat di rumah sakit Klien makan 3x1 porsi habis.

3.2.4.3 Minum: Klien mengatakan mengkonsumsi air putih.

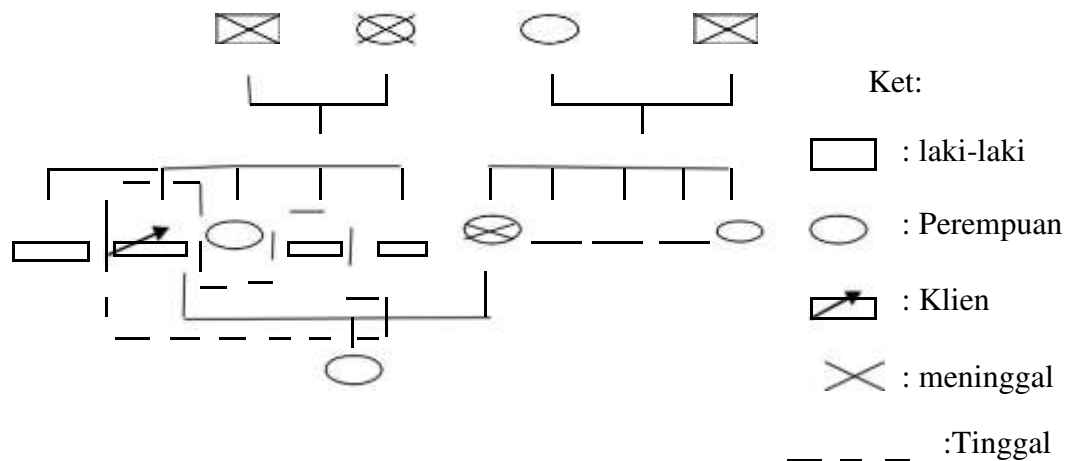
3.2.4.4 Jumlah: 1500 cc/hari.

3.2.4.5 Pantangan makan: Tidak ada pantangan makan yang diberikan kepada Klien.

3.2.4.6 Keluhan lain: Tidak ada.

3.2.4.7 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.3 Genogram (3 generasi)



Serumah

3.1 Gambar genogram Tn. M dengan Diagnosa HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan,

3.4 Pemeriksaan fisik

3.4.1 Keadaan umum:

Keadaan umum Klien lemah terbaring di tempat tidur tetapi sesekali berjalan jalan sekitar ruangan, kesadaran composmentis, GCS 4-5-6.

3.4.2 Tanda vital

3.4.2.1 Tekanan Darah: 130/90 mmHg.

3.4.2.2 Suhu: 36,2°C Lokasi pengukuran: Axilla.

3.4.2.3 Nadi: 84 x/menit Lokasi penghitungan: Radialis.

3.4.2.4 Respirasi: 20 x/menit.

3.4.3 Respirasi (B1)

3.4.3.1 Bentuk dada: Simetris.

3.4.3.2 Susunan ruas tulang belakang: Normal.

- 3.4.3.3 Pola nafas: Irama teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan (baik *Cheyne-Stokes*, Biot, maupun Kussmaul).
- 3.4.3.4 Retraksi otot bantu nafas: Tidak ada retraksi otot bantu nafas.
- 3.4.3.5 Perkusi thorax: Sonor.
- 3.4.3.6 Alat bantu nafas: klien tidak menggunakan alat bantu nafas.
- 3.4.3.7 Vokal fremitus: Getaran pada punggung sisi kanan dan kiri sama.
- 3.4.3.8 Suara nafas: Tidak ada suara nafas tambahan
- 3.4.3.9 Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul
- 3.4.4 Kardiovaskuler (B2)
 - 3.4.4.1 Nyeri dada: Tidak ada nyeri dada.
 - 3.4.4.2 Irama jantung: Teratur.
 - 3.4.4.3 Pulsasi: Kuat Posisi: ICS IV midclavícula sinistra ICS V midsternalis dextra.
 - 3.4.4.4 Bunyi jantung: S1 S2 tunggal Lup Dub.
 - 3.4.4.5 CRT: < 2 detik.
 - 3.4.4.6 Cianosis: Tidak ada cianosis.
 - 3.4.4.7 Clubing finger: Tidak ada clubing finger.
 - 3.4.4.8 JVP: tidak ada.
 - 3.4.4.9 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.
- 3.4.5 Persyarafan (B3)
 - 3.4.5.1 Kesadaran: Compos mentis.
 - 3.4.5.2 Orientasi: baik.
 - 3.4.5.3 Kejang: Tidak ada kejang.
 - 3.4.5.4 Kaku kuduk: Tidak ada kaku kuduk.

3.4.5.5 Brudsky I: Tidak ada.

3.4.5.6 Nyeri kepala: tidak ada nyeri kepala.

3.4.5.7 Istirahat/ tidur: Klien tidur yaitu 7-8 jam klien tidur siang: 1-2 jam/ hari,
malam: 5-6 jam/ hari.

3.4.5.8 Kelainan nervus cranialis: Tidak ada kelainan.

3.4.5.9 Lain – lain: Tidak ada

3.4.5.10 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

3.4.6 Genetourinaria (B4)

3.4.6.1 Bentuk alat kelamin: normal.

3.4.6.2 Libido: Tidak terkaji.

3.4.6.3 Kebersihan: Tidak terkaji.

3.4.6.4 Frekuensi berkemih: Jumlah kencing kurang lebih 1500 cc/24 jam.

1) Bau: Khas.

2) Warna: Kuning jernih.

3) Tempat yang digunakan: Kamar mandi.

3.4.6.5 Alat bantu yang digunakan: Klien tidak menggunakan alat bantu untuk berkemih.

3.4.6.6 Lain – lain: Tidak ada

3.4.6.7 Masalah keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan.

1) Mukosa: Lembab.

2) Bibir: Normal.

3) Gigi: Bersih.

4) Kebiasaan gosok gigi: 2x sehari.

3.4.7.2 Tenggorokan: Tidak ada kesulitan menelan.

Tidak ada kemerahan.

Tidak ada pembesaran tonsil.

3.4.7.3 Abdomen: Terdapat nyeri di perut sebelah kanan dengan

P: Apabila ditekan atau digerakkan.

Q: Seperti terbakar

R: Di bagian perut sebelah kanan / bekas luka operasi

S: Skala nyeri 4.

T: Waktu kakinya agak di tekuk.

3.4.7.4 Kebiasaan BAB: 1x sehari.

1) Konsistensi: padat.

2) Warna: Kuning.

3) Bau:Khas.

4) Tempat yang digunakan: Kamar mandi.

3.4.7.5 Masalah eliminasi alvi: Tidak ada masalah.

3.4.7.6 Pemakaian obat pencahar: Tidak ada penggunaan obat pencahar.

3.4.7.7 Masalah keperawatan: Nyeri Akut

3.4.8Muskuloskeletal dan integumen (B6)

3.4.8.1 Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): Bebas.

3.4.8.2 Kekuatan otot

5	5
5	5

3.4.8.3 Fraktur: Tidak ada.

- 3.4.8.4 Dislokasi: Tidak ada.
- 3.4.8.5 Kulit: Bersih.
- 3.4.8.6 Akral: Hangat.
- 3.4.8.7 Turgor: < 3 detik.
- 3.4.8.8 Kelembapan: Lembab.
- 3.4.8.9 Oedema: Tidak ada oedema.
- 3.4.8.10 Kebersihan kulit: Cukup bersih.
- 3.4.8.11 Lain-lain: Tidak ada.
- 3.4.8.12 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.
- 3.4.9 Penginderaan (B7)
 - 3.4.9.1 Mata:
 - 1) Pupil: Isokor.
 - 2) Refleks cahaya: Sensitif, mengecil saat terkena cahaya.
 - 3) Konjungtiva: Merah muda.
 - 4) Sklera: Putih, tidak ada ikterus.
 - 5) Palpebra: Simetris.
 - 6) Strabismus: Tidak ada.
 - 7) Ketajaman penglihatan: Cukup tajam.
 - 8) Alat bantu: Tidak ada alat bantu penglihatan.
 - 3.4.9.2 Hidung: Normal
 - 1) Mukosa hidung: Lembab.
 - 2) Sekret: Tidak ada.
 - 3) Ketajaman penciuman: Normal.
 - 3.4.9.3 Telinga: Bentuk telinga antara kanan dan kiri sama.

- 1) Keluhan: Tidak ada keluhan.
 - 2) Ketajaman pendengaran: Normal.
 - 3) Alat bantu: Tidak ada alat bantu pendengaran.
- 3.4.9.4 Perasa: Klien mampu merasakan asam, manis, pahit dan asin dengan baik.
- 3.4.9.5 Peraba: Klien sensitif terhadap rabaan/sentuhan.
- 3.4.9.6 Lain-lain : Mata merah berair, Sering menguap, Terdapat lingkaran hitam didaerah mata, Tampak lelah.
- 3.4.9.7 Masalah keperawatan: Gangguan Pola Tidur.
- 3.4.10 Endokrin (B8)
- 3.4.10.1 Pembesaran kelenjar thyroid: Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.
- 3.4.10.2 Pembesaran kelenjar parotis: Tidak ada pembesaran kelenjar parotis.
- 3.4.10.3 Luka gangren: Tidak ada luka gangren.
- 3.4.10.4 Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.
- 3.4.11 Data Psikososial
- 3.4.11.1 Gambaran diri/ citra diri
- 1) Tanggapan tentang tubuhnya: Baik.
 - 2) Bagian tubuh yang disukai: Klien menyukai semua bagian tubuhnya.
 - 3) Bagian tubuh yang kurang disukai: Tidak ada.
 - 4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh: Tidak ada.
- 3.4.11.2 Identitas
- 1) Status Klien dalam keluarga: Klien sebagai kepala keluarga.
 - 2) Kepuasan Klien terhadap status dan posisi dalam keluarga: Klien mengatakan puas terhadap perannya sebagai ayah.

- 3) Kepuasan Klien terhadap jenis kelamin: Klien puas menjadi laki-laki.

3.4.11.3 Peran

- 1) Tanggapan Klien tentang perannya: Klien puas terhadap perannya.
- 2) Kemampuan atau kesanggupan Klien melakukan perannya: Klien mampu atau sanggup melaksanakan perannya sebagai kepala keluarga.

3.4.11.4 Ideal diri

- 1) Harapan Klien terhadap:
 - (1) Tubuhnya: Klien sudah puas dengan tubuhnya.
 - (2) Posisi (dalam pekerjaan): Klien puas terhadap pekerjaannya.
 - (3) Status (dalam keluarga): Klien puas dalam melaksanakan perannya dalam keluarga.
 - (4) Tugas/pekerjaan: Klien puas terhadap pekerjaannya.
- 2) Harapan Klien terhadap lingkungan:
 - (1) Sekolah: Klien sudah tidak bersekolah.
 - (2) Keluarga: Klien selalu berdoa agar keluarganya baik- baik saja.
 - (3) Masyarakat: Klien ingin agar masyarakat selalu baik terhadapnya.
- 3) Harapan Klien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan:

Klien ingin sembuh lebih cepat agar bisa kembali beraktivitas dan bekerja.

3.4.11.5 Harga diri

- 1) Tanggapan Klien terhadap harga dirinya: Klien puas terhadap dirinya.

3.4.11.6 Data sosial

- 1) Hubungan Klien dengan keluarga: Sangat baik.
- 2) Hubungan Klien dengan Klien lain: Baik.
- 3) Dukungan keluarga terhadap Klien: Keluarga sangat mendukung agar Klien segera sembuh.
- 4) Reaksi klien saat interaksi : klien dapat berinteraksi dengan baik.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

3.4.12 Data Spritual

3.4.12.1 Konsep tentang penguasa kehidupan: Klien percaya pada Tuhan.

3.4.12.2 Sumber kekuatan/harapan saat sakit: Klien selalu memohon kesembuhan pada Tuhan.

3.4.12.3 Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini: Klien sholat.

3.4.12.4 Sarana/peralatan/orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual: Sajadah.

3.4.12.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: Klien yakin bisa sembuh.

3.4.12.6 Persepsi terhadap penyakit: Klien menganggap sakit ini ujian dari Tuhan.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

3.4.13 Data Penunjang

3.4.13.1 Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Tn. M pada tanggal 24 November 2018.

DARAH LENGKAP	HASIL	NORMAL
WBC	7,662	3,70 – 10,1 %
Neutrofil	5,1	
Limfosit	1,8	
Monosit	0,5	
Eosinofil	0,1	
Basofil	0,1	
Neutrofil %	66,8	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	23,6	18,0 – 48,3 %
Monosit %	7,1	4,40 – 12,7 %
Eosinofil %	1,8	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,7	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,679	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HGB)	15,05	13,5 – 18,0
Hematokrit (HCT)	42,56	40 – 54
MCV	90,96	81,1 – 96,0
MCH	H 32,17	27,0 – 31,2
MCHC	35,37	31,8 – 35,4
RDW	L 9,15	11,5 – 14,5
PLT	222	115 – 366
MPV	9,093	6,90 – 10,6
FAAL HEMOSTASIS		
APTT	30,00	
Protombin Time	12,50	
INR	0,91	
KIMIA KLINIK		
Gula darah sewaktu	121	< 200

3.4.14 Therapi pada tanggal 24 Januari 2019

3.4.14.1 Infus RL 1000 cc/24 jam. Kegunaan dari infus RL adalah sebagai penambah cairan dan elektrolit tubuh untuk mengembalikan keseimbangannya.

3.4.14.2 Injeksi Anbacim 2x1 gr. Kegunaannya untuk mencegah serta mengobati Infeksi penyakit yang disebabkan oleh bakteri seperti gonore, uretritis, ispa, ataupun penyakit Lyme.

3.4.14.3 Injeksi Santagesik 3x1 gr. Digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi & nyeri pasca cedera; nyeri berat yang berhubungan dengan spasme otot polos (akut atau kronik) misalnya spasme otot atau kolik yang mempengaruhi GIT, pasase bilier, ginjal, atau saluran kemih bagian bawah.

3.4.14.4 Injeksi Ondan 2x1 gr. Kegunaan obat yang digunakan untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.

Bangil , 24 Januari 2019

Ttd

Mochammad Rifki Nuruzzaman

3.5 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data Pada Tn. M Dengan Diagnosa medis Post operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil pada tanggal 24 Januari 2019.

No.	Data	Etiologi	Problem
-----	------	----------	---------

1.	DS: Klien mengatakan terasa nyeri pada perut sebelah kanan. P = nyeri semakin meningkat bila ditekan atau digerakkan. Q = nyeri terasa cenut – cenut. R = nyeri pada perut sebelah kanan daerah setelah operasi. S = skala nyeri 4. T = Waktu kaki agak di tekuk. DO: 1) Keadaan umum lemah 2) Kesadaran composmentis GCS 4-5-6 3) Wajah klien tampak menyeringai kesakitan. 4) TD: 110/80 mmHg 5) Nadi: 80 x/menit 6) Suhu: 36 °C 7) RR : 20 x/menit	Batuk kronis, mengangkat benda berat, mengejan pada saat defekasi ↓ Peningkatan tekanan intra abdomen ↓ Hernia Inguinalis ↓ Tindakan pembedahan ↓ Post OP ↓ Isolasi Bedah ↓ Diskontinuitas Jaringan ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut
----	--	--	------------

3.6 Daftar Masalah Keperawatan Post op HIL

3.6.1 Nyeri Akut.

3.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.7.1 Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

3.8 Rencana Tindakan Keperawatan.

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) dengan Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil pada tanggal 24 Januari 2019.

Tujuan/ Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil: - Skala nyeri 1-3 - Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan (RR) 16-20 x/menit). - Klien tidak menyeringai kesakitan.	1. Bina Hubungan Saling Percaya. 2. Observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan (RR). 3. Evaluasi intensitas dan frekuensi nyeri. 4. Beri penjelasan pada klien tentang penyebab nyeri. 5. Ajarkan teknik relaksasi dan	1. Agar terjalin hubungan saling percaya antara perawat,klien dan keluarga klien dalam melakukan pengkajian. 2. Untuk mengetahui respon tubuh terhadap nyeri. 3. Tingkat intensitas nyeri dan frekuensi menunjukkan skala nyeri. 4. Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien tentang nyeri. 5. Untuk mengurangi nyeri.

	distraksi. 6. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. (Injeksi Santagesik 3x1 gr).	6. Mengurangi rasa nyeri.
--	---	----------------------------------

3.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan Pada Tn.M dengan Diagnosa medis Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil pada tanggal 24 Januari 2019 – 25 Januari 2019.

Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf
24-01-2019	18.10	1. Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga Klien, memperkenalkan diri, dan menanyakan keluhan klien.	
	18.20	2. Melakukan observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan (RR). T : 130/90 mmHg. S : 36,2°C. N : 84 x/menit. RR : 20 x/menit.	
	18.25	3. Mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, nyeri pada perut sebelah kanan / luka insisi, skala nyeri 4, nyeri seperti terbakar dan apabila kaki di tekukkan.	
	18.30	Memberikan penjelasan kepada klien tentang penyebab nyeri yaitu dikarenakan Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Dari pembedahan tersebut terdapat luka insisi yang biasanya dapat	

		menimbulkan nyeri yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mengurangi pergerakan dan resiko infeksi (Liu & Campbell, 2011). 18.40 4. Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dari hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan distraksi dengan cara mengajak ngobrol klien. 18.20 5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik. - Injeksi Santagesik 3x1 gr.	
25-01-2019	07.00 07.10 07.30	1. Melakukan observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan (RR). T : 120/80 mmHg. S : 36,5°C. N : 80 x/menit. RR : 18 x/menit. 2. Mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, nyeri pada perut sebelah kanan / luka insisi, skala nyeri 0, klien sudah tidak merasakan nyeri. 3. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik.	

		- Injeksi Santagesik 3x1 gr.	
--	--	------------------------------	--

3.10 Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan untuk Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
25-01-2019	Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).	S: Klien mengatakan sudah tidak terasa nyeri pada perut sebelah kanan atau pada luka insisi pembedahan. O: k/u cukup, Kesadaran composmentis GCS 4-5-6. TD: 120/80 mmHg. N: 80 x/menit x/menit. RR: 18 x/menit. S : 36,5°C. Nyeri (-) skala 0, klien tampak rileks. A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan, Karena tidak ada keluhan rencana pulang sore jam 17.30.	

3.11 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan untuk Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
25-01-2019	Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).	S: Klien mengatakan sudah tidak terasa nyeri pada perut sebelah kanan atau pada luka insisi pembedahan. O: k/u cukup, Kesadaran composmentis GCS 4-5-6. TD: 120/80 mmHg. N: 80 x/menit x/menit. RR: 18 x/menit. S : 36,5°C. Nyeri (-) skala 0, klien tampak rileks. A: Masalah teratasi. P: Intervensi dihentikan, Karena tidak ada keluhan rencana pulang sore jam 17.30.	

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini peneliti akan membahas proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 24 Januari 2019 sampai dengan tanggal 25 Januari 2019 di Ruang Melati RSUD Bangil. Prinsip dari pembahasan ini dengan memfokuskan pada aspek proses keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis tidak mengalami kesulitan karena untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga secara terbuka, mengerti dan kooperatif.

Pada pengkajian teori Identitas Klien Pada pasien hernia adalah riwayat pekerjaan biasanya mengangkat benda berat, nyeri seperti tertusuk pisau yang akan semakin memburuk dengan adanya batuk dan bersin Discharge Planing pasien adalah hindari mengejan, mengangkat benda berat, menjaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, biasanya penderita hernia yang sering terkena adalah laki-laki pada hernia inguinalis dan pada hernia femoralis yang sering terkena adalah perempuan untuk usia antara 45-75 tahun (Baradero, 2005). Pada pengkajian tidak di temukan perbedaan antara teori dan kasus karena sama.

Pada keluhan utama Pada umumnya pada kasus hernia adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan). Dalam mengkaji adanya nyeri, maka digunakan teknik PQRST.

P= *Provoking*: Merupakan hal - hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan dan biasanya nyeri akan bertambah apabila bersin, mengejan, batuk kronik dll.

Q= *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, ditekan, ditusuk-tusuk, diremas.

R= *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

S= *Scale of pain*: Biasanya klien hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5 - 7 dari skala pengukuran 1 - 10.

T=*Time*: Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. (Muttaqin, 2008). Pada tinjauan kasus di dapatkan pasien mengatakan terasa nyeri pada bagian perut sebelah kanan. Sakit bertambah apabila di tekan atau di gerakkan, nyeri seperti terbakar, Skala nyeri 4, nyeri diwaktu kakinya agak di tekuk. Jadi, untuk tinjauan teori dan kasus tidak ada perbedaan.

Riwayat Penyakit Sekarang. Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa di tentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. merasa ada benjolan di skrotum bagian kanan atau kiri dan kadang-kadang mengecil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat beban berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai mual-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis

metabolik, abses, fistel, peritonitis. Pada pasien post operasi hernia juga akan merasakan nyeri dimana nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan). Pada tinjauan teori dan kasus tidak di temukan perbedaan.

Riwayat Penyakit Dahulu. Latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan, serta riwayat operasi sebelumnya pada daerah abdomen atau operasi hernia yang pernah dialami klien sebelumnya. Pada tinjauan teori dan kasus tidak di temukan perbedaan.

Riwayat Kesehatan Keluarga. Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga. Pada tinjauan teori dan kasus tidak ditemukan perbedaan karena tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular.

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breathing*) Bentuk hidung simetris keadaan bersih tidak ada sekret, pergerakan dada simetris, Irama nafas regular tetapi ketika nyeri timbul ada kemungkinan terjadi nafas yang pendek dan cepat. Tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada retraksi otot bantu nafas, gerakan vokal fremitus antara kanan dan kiri sama, pada hernia inkarcerata dan strangulata dijumpai adanya peningkatan pernafasan > 24x per menit pada perkusi terdapat bunyi paru resonan, suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti *ronkhi* dan *wheezing*. Pada B1 tidak ditemuka adanya perbedaan teori dan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B2 Sistem Kardiovaskuler (*Blood*) Konjungtiva normal tidak terdapat sianosis, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada *clubbing finger*, *Capillary Refill Time* < 3 detik, tidak terdapat sianosis, peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi karena nyeri, terdapat bunyi jantung pekak/redup, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, bunyi jantung normal S1 S2 tunggal lup dup. Pada B2 juga tidak di temukan adanya perbedaan antara teori dan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B3 Sistem Persyarafan (*Brain*) Umumnya pada pasien hernia tidak mengalami gangguan pada persyarafannya, namun gangguan bisa terjadi dengan adanya nyeri pada post operasi sehingga perlu dikaji nilai *Glasgow Coma Scale*. Pada B3 juga tidak di temukan adanya perbedaan antara teori dan kasus.

Pada pemeriksaan fisik B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*) Pada Post Operasi kaji apakah terdapat benjolan pada abdomen bagian bawah / kandung kemih. Pada hernia inkarcerata dan strangulata di jumpai penurunan produksi urine. Ada tidaknya nyeri tekan pada kandung kemih. Kaji PQRST.

P= *Provoking*: Merupakan hal - hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan dan biasanya nyeri akan bertambah apabila berdin mengejan batuk kronik dll.

Q= *Quality of pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, ditekan, ditusuk-tusuk, diremas.

R= *Region*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

S= *Scale of pain*: Biasanya klien hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5 - 7 dari skala pengukuran 1 - 10.

T=*Time*: Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. (Muttaqin, 2008). Pada B4 juga tidak di temukan perbedaan antara teori dan kasus.

B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*) Dikaji mulai dari mulut sampai anus, tidak ada asites, pada pasien *post-op* biasanya sudah tidak ada benjolan pada abdomen, pada pasien *post-op* biasanya ada nyeri tekan, tidak ada distensi abdomen.

Terdapat suara tympani pada abdomen, Peristaltik usus 5-21x/menit. Pada B5 pada kasus di tambahkan PQRST untuk mengetahui nyeri yang ada pada abdomen Post Operasi hernia tersebut.

B6 Sistem Muskuluskeletal (*Bone*) Biasanya post operasi *herniotomy* secara umum tidak memiliki gangguan, tetapi perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, dengan nilai kekuatan otot (0-5), adanya kekuatan pergerakan atau keterbatasan gerak. Terdapat lesi/ luka. Kaji keadaan luka apakah terdapat push atau tidak, ada tidaknya infeksi, keadaan luka bersih atau lembab. Pada B6 juga tidak ditemukan adanya perbedaan antara teori dan kasus.

B7 Sistem Penginderaan. Pada *post herniotomy* pada sistem ini tidak mengalami gangguan baik pengindraan, perasa, peraba, pendengaran dan penciuman semua dalam keadaan normal. Pada B7 juga tidak ditemukan adanya perbedaan antara teori dan kasus.

B8 Sistem Endokrin. Pada sistem endokrin tidak terdapat pembesaran kelenjar *thyroid* dan kelenjar *parotis*. Pada B7 juga tidak ditemukan adanya perbedaan antara teori dan kasus.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori adapun beberapa diagnosa:

- 4.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).
- 4.2.2 Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mobilisasi dini post operasi.
- 4.2.3 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan pentingnya mobilisasi dini post operasi.
- 4.2.4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut post operasi.
- 4.2.5 Risiko infeksi area pembedahan berhubungan dengan masuknya mikroorganisme melalui luka pembedahan.
- 4.2.6 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan takut gerak dikarenakan nyeri post operasi.
- 4.2.7 Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan mobilitas fisik sekunder terhadap pembedahan (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Diagnosa keperawatan yang diangkat penulis adalah sama dengan teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) yang dibuktikan dengan adanya data objektif yang menunjukkan wajah pasien tampak menyeringai , nyeri semakin meningkat bila ditekan ataupun digerakkan, nyeri terasa terbakar, skala nyeri 4, waktu kaki di tekukkan. Diagnosa tersebut diangkat sebagai diagnosa utama karena merupakan faktor utama yang membuat pasien terganggu diakibatkan oleh nyeri.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri klien hilang atau berkurang.

Kriteria hasil: Skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan (RR) 16-20 x/menit), pasien tidak menyeringai kesakitan.

Intervensi:

4.3.1 Bina hubungan saling percaya.

Rasional agar terjalin hubungan saling percaya antara perawat, pasien dan keluarga pasien dalam melakukan pengkajian.

4.3.2 Ajarkan teknik relaksasi bisa dengan nafas dalam dan distraksi bisa dengan mengalihkan perhatiannya.

Rasional untuk mengurangi nyeri.

4.3.3 Berikan posisi senyaman mungkin.

Rasional agar tidak menambah rasa nyeri.

4.3.4 Observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan (RR).

Rasional untuk mengetahui respon tubuh terhadap nyeri.

4.3.5 Evaluasi intensitas dan frekuensi nyeri.

Rasional tingkat intensitas nyeri dan frekuensi menunjukkan skala nyeri.

4.3.6 Beri penjelasan pada pasien tentang penyebab nyeri.

Rasional memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien tentang nyeri.

4.3.7 Observasi keadaan luka

Rasional untuk mengetahui keadaan luka dan menghindari dari infeksi.

4.3.8 Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Rasional untuk mengurangi rasa nyeri.

Pada kasus perencanaan dan tujuan dari tindakan keperawatan menggunakan kaidah sesuai dengan sistematika SMART, yaitu *Spesifik* (jelas), *Measureable* (dapat diukur), *Aceptance*, *Rasional*, dan *Timing*, yang dilakukan oleh penulis adalah nyeri akut berkurang/hilang dengan kriteria hasil: skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/ 60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan 16-20 x/menit), pasien tidak menyeringai. Perencanaan keperawatannya sesuai dengan manajemen penatalaksanaan nyeri akut, yaitu: Observasi tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan untuk mengetahui respon tubuh terhadap nyeri, evaluasi intensitas dan frekuensi nyeri untuk menunjukkan skala nyeri, Beri penjelasan kepada pasien tentang penyebab nyeri untuk menambah pengetahuan pasien tentang nyeri, Ajarkan manajemen nyeri yaitu teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat analgetik , antrain untuk mengurangi nyeri. Jadi, tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

4.4 Tindakan Keperawatan

Pada teori disebutkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) selama 1x24 jam dilakukan tindakan keperawatan, seperti membina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga, mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, memberikan posisi senyaman mungkin, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, menjelaskan kepada pasien tentang penyebab nyeri, mengobservasi keadaan luka, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Sedangkan pada kasus tindakan keperawatan yang dilakukan penulis adalah melakukan Bina Hubungan Saling Percaya, melakukan observasi tanda-tanda vital terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan, Mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri , Memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyebab nyeri, Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dari hidung kemudian keluarkan secara perlahan melalui mulut dan distraksi dengan cara mengajak ngobrol pasien, Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.

Implementasi Keperawatan pada implementasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam adalah apa yang dikerjakan penulis pada tanggal 24 Januari 2019 yaitu melakukan membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga Klien, memperkenalkan diri, dan menanyakan keluhan klien, Melakukan observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan menghasilkan Tekanan Darah: 130/90 mmHg, Suhu:

36,2°C, Nadi: 84 x/menit, Frekuensi pernafasan: 20 x/menit. Mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, nyeri pada perut sebelah kanan / luka insisi, skala nyeri 4, nyeri seperti terbakar dan apabila kaki di tekukkan. Memberikan penjelasan kepada klien tentang penyebab nyeri yaitu dikarenakan Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan, Mengajarkan teknik relaksasi dengan cara menarik nafas panjang dari hidung kemudian dikeluarkan secara perlahan melalui mulut dan distraksi dengan cara mengajak ngobrol klien, Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik yaitu injection anbacim 3x1 gram. Pada tanggal 25 januari 2019 implementasi yang dilakuka yaitu Melakukan observasi tanda-tanda vital, terutama pada tekanan darah dan frekuensi pernafasan degan hasil Tekanan Darah: 120/80 mmHg, Suhu : 36,5°C, Nadi: 80 x/menit, frekuensi pernafasan : 18 x/menit. Mengevaluasi intensitas dan frekuensi nyeri, nyeri pada perut sebelah kanan / luka insisi, skala nyeri 0, nyeri sudah hilang. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik yaitu Injeksi anbacim 3x1 gram, Injeksi Santagesik 3x1 gram, Injeksi Ondan 2x1 gram. Jadi, tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada teori disebutkan Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan) selama 1x24 jam diharapkan skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan 16-20 x/menit), keadaan luka bersih pasien tidak menyeringai kesakitan.

Evaluasi Keperawatan pada evaluasi ini di dapatkan bahwa pada data subjektif didapatkan Klien mengatakan sudah tidak terasa nyeri pada perut sebelah kanan atau pada luka insisi pembedahan. Pada data obyektif di dapatkan keadaan umum cukup, Kesadaran composmentis *Glasgow Coma Scale* 4-5-6, Tekanan Darah: 120/80 mmHg, Nadi: 80 x/menit x/menit, Frekuensi pernafasan: 18 x/menit, Suhu: 36,5°C, Nyeri (-) skala 0, klien tampak rileks. Masalahpun teratasi untuk planning intervensi di hentikan pasien direncanakan pulang pada jam 17.30. Jadi, tidak ada perbedaan antara teori dan kasus.

BAB V

PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) di Ruang Melati RSUD Bangil, maka peneliti dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis).

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis), maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pada pengkajian didapatkan keluhan berupa terasa nyeri pada bagian perut sebelah kanan, nyeri seperti terbakar dengan skala nyeri 4, nyeri bertambah apabila ditekan digerakkan, hal ini disebabkan karena adanya diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan).

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut. Peneliti mengangkat nyeri akut sebagai masalah utama.

5.1.3 Nyeri akut berhubungan dengan Diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (insisi pembedahan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan nyeri klien berkurang. Kriteria hasilnya skala nyeri 1-3, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 90-130/60-90 mmHg dan frekuensi pernafasan 16-20 x/menit), klien tidak menyeringai kesakitan.

5.1.5 Beberapa tindakan mandiri perawat pada klien dengan HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) menganjurkan klien untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat seperti mengangkat benda-benda berat, klien juga dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang berserat tinggi. Dikarenakan muncul masalah nyeri akut, peneliti mengajarkan klien untuk teknik manajemen nyeri secara non farmakologis yaitu dengan teknik nafas dalam dan mengajak klien ngobrol. Dalam hal ini peneliti melibatkan keluarga dan klien dalam pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dikarenakan banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, klien, dan keluarga.

5.1.6 Pada akhir evaluasi, semua tujuan dapat dicapai dikarenakan adanya kerjasama yang baik dari perawat, klien, dan keluarga. Hasil evaluasi pada Tn. M yaitu Nyeri yang dialami klien sudah berkurang ditandai dengan klien mengatakan sudah tidak nyeri pada perut sebelah kanannya / luka insisi, wajah klien tampak rileks saat klien melakukan perubahan posisi (gerak).

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk pencapaian hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Penulis

Penulis mampu meningkatkan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien hernia yang lebih berkualitas.

5.2.3 Rumah sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan rumah sakit khususnya RSUD Bangil dapat memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja sama yang baik antara tim kesehatan dan klien serta keluarga yang ditujukan untuk meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya dan klien hernia pada khususnya diharapkan di rumah sakit mampu menyediakan fasilitas yang dapat mendukung kesembuhan klien.

5.2.4 Profesi Keperawatan

Dapat digunakan sebagai referensi dan pengetahuan yang mampu dikembangkan untuk memberikan pelayanan pada klien hernia yang lebih berkualitas dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Kelainan Bawaan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.
- Liu, Te Campbell, A. (2011). *Case Files Ilmu Bedah*. Jakarta :Karisma Publishing Group.
- Mary Baradero, S. P. C., Dayrit, M. W., SPC, M., & Siswadi, Y. (2005). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- NANDA. (2018). *Diagnosa Keperawatan Defisiensi dan klasifikasi 2018 - 2020*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nuari, N.A (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nurarif A H, Kusuma H. (2013). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnose medis dan NANDA NIC NOC jilid 1*. Yogyakarta: Mediacion publishing.
- R. Sjamsuhidayat & Wim de jong .(2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Sjamsuhidajat & De Jong Wim. (2011). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Suratun dan Lusianah. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Trans Info Media.

Lampiran 1



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232

Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497

Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 14/BAAK/XI/2018
 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Sidoarjo, 22 November 2018

**Yth. Direktur RSUD Bangil
 Pasuruan**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2018 – 2019, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Moch. Rifki Nuruzzaman	1601059	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Post Op Hernia

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

 Agus Sulistyowati, S. Kep, M. Kes

Lampiran 3

KONSULTASI PASCA PROPOSAL

[illegible]

Curriculum vitae

DATA PRIBADI

Nama : Mochammad Rifki Nuruzzaman
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 27 Maret 1998
Alamat : Desa Masangan Wetan RT 09
RW 03 Sukodono Sidoarjo
Alamat Email : rifkinur2@gmail.com
Telepon : 081230744927
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Kesehatan : Baik Sekali
Kewarganegaraan : Indonesia



DATA PENDIDIKAN

SD : SD Negeri 1 Masangan Wetan, 2004 – 2010
SMP : SMP Negeri 2 Gedangan, 2010 – 2013
SMA : SMA Wachid Hasyim 2 Taman, 2013 – 2016
Perguruan Tinggi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, 2016 – 2019
Jurusan : D3 Keperawatan

PENGALAMAN ORGANISASI

2016 – 2017 : Anggota Departemen Pendidikan BEM Akper Kerta Cendekia
2017 – 2018 : Presiden BEM Akper Kerta Cendekia Sidoarjo

KEMAMPUAN

Presentasi dan Komunikasi

Aplikasi dan Program Komputer (Microsoft Office)

KARYA ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M Dengan Diagnosa Medis Post Operasi HIL (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil.