ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

Diajukan oleh:

NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM
NIM: 13E11085

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI

DENPASAR

2016

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

LAPORAN KASUS
Diajukan sebagai salah satu persyaratan
dalam menyelesaikan pendidikan
pada Program Studi DIII Keperawatan
STIKES Bali

Diajukan oleh:

NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM
NIM: 13E11085

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI

DENPASAR

2016

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016**", telah mendapatkan persetujuan pembimbing dan dapat diajukan kehadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali Denpasar.

Denpasar, 23 Mei 2016

Pembimbing

(Ns. NLG. Nita Sri W.,S.Kep.)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan kasus dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016**", telah mendapatkan persetujuan pembimbing dan dapat diajukan kehadapan Tim Penguji Laporan Kasus pada Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali Denpasar.

Denpasar, 23 Mei 2016

Pembimbing

(Ns. Putu Widiantari, S.Kep.)

NIP. 19840827 200604 2010

PERNYATAAN PENGESAHAN PENGUJI

Laporan kasus dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016**", telah disajikan di depan dewan penguji pada tanggal 16 Juni 2016 dan diterima serta disahkan oleh Panitia Ujian Akhir dan Ketua STIKES BALI.

Denpasar, 23 Juni 2016

Disahkan oleh :

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep. ……..
   NIR. 02051
2. Ns. Putu Widiantari, S.Kep. ……..
   NIP. 19840827 200604 2010
3. Ns. NLG Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep. ……..

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali
Ketua,

Drs. I Ketut Widia, BN.Stud.,MM
NIP. 1951 0904 197903 1001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nyalah penulis dapat menyelesaikan laporan kasus dengan judul "**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0 DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016**", kasus ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan dari program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali.

Dalam Penyusunan laporan kasus ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan pengarahan dari berbagai pihak sehingga laporan kasus ini selesai tepat pada waktunya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak dr. I Nyoman Kesuma, MPH., selaku Direktur RSUD Klungkung beserta staf yang telah memberi izin dan kesempatan pada penulis untuk mengadakan laporan kasus.
2. Bapak Drs. I Ketut Widia, BN.Stud., MM., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali beserta staf yang telah memberikan izin dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus.
3. Bapak Ns.I Gede Satria Astawa, S.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali yang telah memberikan masukan dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan laporan kasus.

4. Ibu Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep., selaku penguji satu yang telah bersedia menguji penulis.
5. Ibu Ni Made Sugiantini, S.Kep., selaku Kepala Ruang A RSUD Klungkung beserta staf yang telah membimbing penulis dalam pengambilan kasus di ruangan.
6. Ibu Ns. Putu Widiantari, S.Kep., selaku pembimbing ruangan yang banyak memberikan saran dan masukan dalam penyusunan laporan kasus ini.
7. Ibu Ns. Ni Luh Gede Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep., selaku pembimbing yang banyak memberikan masukan dalam penyusunan laporan kasus ini.
8. Pasien WB dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi untuk pengumpulan data dalam penyusunan laporan kasus ini.
9. Bapak, Ibu dan keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil serta doa kepada penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Rekan- rekan mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan STIKES Bali yang telah memberikan dukungan dan bantuan selama kuliah ataupun penyusunan laporan kasus ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu, yang telah banyak membantu dalam proses penyelesaian laporan studi kasus ini.

Penulis menyadari laporan kasus ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak guna kesempurnaan laporan kasus ini. Akhir kata penulis berharap semoga laporan kasus ini dapat berguna bagi kita semua.

Denpasar, 23 Mei 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR JUDUL i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
LEMBAR PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR BAGAN xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 5
C. Metode Penulisan 6
D. Sistematika Penulisan 7
BAB II TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS 8
A. Tinjauan Teoritis 8
1. Konsep Dasar 8
a. Pengertian Hernia 8
b. Patofisiologi 13
c. Pemeriksaan Diagnostik 15
d. Penatalaksanaan Medis 16
2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Hernia (Pre dan Post) 19
a. Pengkajian 19
b. Diagnosa Keperawatan 21
c. Perencanaan 22
d. Pelaksanaan 37
e. Evaluasi 37
B. Tinjauan Kasus 41
1. Pengkajian 41

2. Diagnosa Keperawatan 72
3. Perencanaan 74
4. Pelaksanaan 84
5. Evaluasi 99
BAB III PEMBAHASAN 103
A. Pengkajian 103
B. Diagnosa Keperawatan 107
C. Perencanaan 108
D. Pelaksanaan 110
E. Evaluasi 112
BAB IV PENUTUP 115
A. Kesimpulan 115
B. Saran 117
DAFTAR PUSTAKA 118
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

1. **Analisa Data Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 April 2016**..... 64

2. **Analisa Data Keperawatan Pasien WB Dengan Post Herniotomi Hari Ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 26 April 2016**..... 65

3. **Rencana Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 April 2016**..... 75

4. **Rencana Keperawatan Pasien WB Dengan Post Herniotomi Hari ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 26 April 2016** 79

5. **Pelaksanaan Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) dan Post Herniotomi Hari ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 s/d 28 April 2016** 84

6. **Catatan Perkembangan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 April 2016**..... 95

7. **Catatan Perkembangan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 26 April 2016**..... 96

8. **Catatan Perkembangan Pasien WB Dengan Post Herniotomi Hari ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 27 April 2016** 97

9. Evaluasi Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 April 2016..... 99

10. Evaluasi Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (Hil) di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 26 April 2016..... 100

11. Evaluasi Keperawatan Pasien WB Dengan Post Herniotomi Hari ke-1 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 28 April 2016 101

DAFTAR BAGAN

Bagan Halaman

1. Web Of Caution Hernia Inguinalis..... 39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Satuan Acara Penyuluhan tentang penyakit dan pengobatan hernia.

Lampiran 2 : Kegiatan penyuluhan tentang penyakit dan pengobatan hernia.

Lampiran 3 : Materi penyuluhan tentang penyakit dan pengobatan hernia.

Lampiran 4 : Leaflet tentang penyakit dan pengobatan hernia.

Lampiran 5 : Satuan Acara Penyuluhan tentang cara menanggulangi nyeri

Lampiran 6 `: Kegiatan penyuluhan tentang cara menanggulangi nyeri

Lampiran 7 : Materi penyuluhan tentang cara menanggulangi nyeri

Lampiran 8 : Leaflet tentang management nyeri

Lampiran 9 : Satuan Acara Penyuluhan tentang perawatan post herniotomi

Lampiran 10 : Kegiatan penyuluhan tentang perawatan post herniotomi

Lampiran 11 : Materi penyuluhan tentang perawatan post herniotomi

Lampiran 12 : Leaflet tentang perawatan pasca operasi

Lampiran 13 : Ceklyst Pre Op

Lampiran 14 : Bukti Fisik Bimbingan Penyusunan KTI

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini di zaman modern dengan adanya peningkatan derajat ekonomi yang juga terjadi pada masyarakat sangat berpengaruh terhadap gaya hidup sehari-hari, misalnya pola aktifitas dan pekerjaan, namun tanpa disadari bahaya yang mengancam kesehatan juga tidak bisa dihindari. Dengan semakin meningkatnya tingkat sosial ekonomi, umur harapan hidup serta pola hidup masyarakat yang kurang sehat seperti mengkonsumsi makanan yang siap saji sehingga menyebabkan obesitas, mengangkat beban berat serta mengejan saat defekasi dan miksi yang dapat menimbulkan masalah kesehatan, salah satunya adalah penyakit hernia (Saliti, Rakhmat & Ismail, 2013).

Hernia adalah kelainan pada dinding abdomen yang memungkinkan isi abdomen menonjol dari rongga abdomen. Secara umum hernia sering terjadi pada orang yang sudah lanjut usia, karena pada usia lanjut dinding otot polos abdomen sudah lemah, sehingga sangat berpeluang terjadinya hernia. Dan adapun faktor presipitasi yang dapat mengakibatkan hernia antara lain : obesitas, kehamilan, mengejan,batuk kronis, mengangkat beban berat (Wim de jong, 2011 dalam Saliti, Rakhmat & Ismail, 2013).

Angka kejadian hernia inguinalis (*medialis/direk* dan *lateralis/indirek*) 10 kali lebih banyak daripada hernia femoralis dan keduanya mempunyai

persentase sekitar 75-80 % dari seluruh jenis hernia, hernia insisional 10 %, hernia ventralis 10 %, hernia umbilikalis 3 %, dan hernia lainnya sekitar 3 %. Secara umum, kejadian hernia inguinalis lebih banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan. Angka perbandingan kejadian hernia inguinalis 13,9 % pada laki-laki dan 2,1 % pada perempuan (Sjamsuhidajat, 2010 dalam Parmono, 2014).

Hernia inguinalis dapat diderita oleh semua umur, tetapi angka kejadian hernia inguinalis meningkat dengan bertambahnya umur dan terdapat distribusi bimodal (dua modus) untuk usia yaitu dengan puncaknya pada usia 1 tahun dan pada usia rata - rata 40 tahun. Pada anak, insidensinya 1-2%, dengan 10 % kasus mengalami komplikasi *inkarserasi*. Pada usia sekitar satu tahun, sekitar 30 % *processus vaginalis* belum tertutup. Hernia inguinalis lebih sering terjadi di sebelah kanan 60 %, sebelah kiri 20-25 %, dan bilateral 15 % (Sjamsuhidajat, 2010 dalam Parmono, 2014).

Setiap tahun diperkirakan terdapat 20 juta kasus prosedur bedah mengenai hernia inguinalis. Insiden dan prevalensi di seluruh dunia tidak diketahui pasti. Tingkat prosedur operasi dalam berbagai negara memiliki tingkat yang bervariasi, berkisar antara 100 hingga 300 prosedur per 100.000 orang dalam satu tahun (Burney, 2012 dalam Parmono, 2014).

Menurut World Health Organization (WHO), penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Didapatkan data pada decade tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12.7%) dengan penyebaran yang paling banyak adalah daerah negara-negara

berkembang seperti negara-negara Afrika, Asia Tenggara termasuk Indonesia, selain itu Negara Uni Emirat Arab adalah negara dengan jumlah penderita hernia terbesar di dunia sekitar 3.950 penderita pada tahun 2011 (Husaini, 2013).

Berdasarkan data dari Departermen Kesehatan Republik Indonesia di Indonesia periode Januari 2010 sampai dengan Februari 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan hernia, termasuk berjumlah 230 orang (5,59%) terjadi pada anak-anak (Husaini, 2013).

Berdasarkan data yang diperoleh, dari catatan medis di ruang A RSUD Klungkung selama 3 bulan terakhir (Pebruari, Maret , April) tahun 2016 tercatat 356 pasien dari yang dirawat di ruang A RSUD Klungkung terdapat 84 (23,6%) kasus bedah pencernaan. Jumlah kasus hernia inguinalis lateralis sebanyak 24 orang (28,6%) dari jumlah kasus bedah pencernaan. Dengan jumlah pasien laki-laki sebanyak 23 orang (27,4%) dan jumlah pasien perempuan sebanyak 1 orang (1,2%). Dan semua kasus hernia dilakukan pembedahan herniotomi.

Tindakan yang paling tepat untuk terapi hernia inguinalis adalah tindakan pembedahan herniotomi. Komplikasi hernia jika tidak ditangani tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi (lubangnya) usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel atau peritonitis (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 157).

Berdasarkan tingginya angka kejadian hernia tersebut serta komplikasi yang ditimbulkan, maka diperlukan penanganan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hernia, sehingga peran dokter dan perawat sangat diperlukan dalam memberikan pelayanan secara komprehensif terutama pada pasien hernia. Dokter berperan dalam menangani hernia supaya tidak terjadi komplikasi dan hal ini merupakan tantangan bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien hernia, sehingga perawat dituntut mempunyai pemahaman dalam hal mengkaji, merumuskan diagnosa, intervensi dengan cepat, implementasi dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang diberikan.

Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengangkat studi kasus dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 s/d 28 April 2016**". Harapan penulis dengan adanya laporan ini nantinya dapat bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus-kasus yang terjadi, khususnya pada pasien dengan hernia inguinalis lateralis.

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan pada laporan kasus ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

   Untuk memperoleh gambaran umum dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hernia Inguinalis Lateralis dan Post Herniotomi Hari ke-0.

2. Tujuan Khusus

   Mahasiswa mampu:

   a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0.
   c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ditetapkan pada pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0.
   e. Melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien WB dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan laporan studi kasus ini adalah metode deskriptif studi kasus dengan menggunakan tehnik pengumpulan data melalui :

1. Wawancara

   Wawancara merupakan suatu tehnik pengumpulan data denga cara tanya jawab secara langsung dengan pasien/keluarga seperti identitas, riwayat penyakit, kebutuhan biologis, sosial, spiritual pasien sehari-hari dan kebutuhan saat ini.

2. Observasi

   Teknik observasi dilakukan dengan pengumpulan data melalui pengamatan langsung seperti ekspresi wajah.

3. Pengukuran dan Pemeriksaan fisik

   Pengukuran dan pemeriksaan fisik merupakan cara untuk memperolah data dengan melakukan pemeriksaan fisik melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Dokumentasi

   Dokumentasi yaitu cara memperoleh data melalui catatan medik dan perawatan seperti pengobatan dan perawatan yang didapat.

5. Studi Kepustakaan

   Studi kepustakaan merupakan pencarian data dengan cara mempelajari buku-buku, majalah, dan dokumen skripsi yang ada kaitannya dangan penulisan laporan kasus ini.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan laporan kasus ini dibagi dalam empat bab antara lain: Bab I Pendahuluan, membahas latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Pada Bab II adalah Tinjauan Teoritis dan Tinjauan Kasus, pada tinjauan teoritis menguraikan tentang konsep dasar hernia yang meliputi pengertian, patofisiologi, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan medis, konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan hernia inguinalis lateralis (pre dan post operasi) meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pada tinjauan kasus menguraikan tentang pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dari kasus yang ditemukan di lapangan. Bab III Pembahasan, yang membahas tentang kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan di lapangan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Bab IV Penutup, meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS DAN TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Teoritis

1. Konsep Dasar Hernia

   a. Pengertian

      Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga di mana organ tersebut seharusnya berada yang di dalam keadaan normal tertutup (Suster Nanda, 2007 dalam (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 151).

      Hernia merupakan prostrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan (Nurarif dan Kusuma, 2015 : 74).

      Hernia adalah suatu benjolan di perut dari rongga yang normal melalui lubang congenital atau didapat (Nugroho, 2011 : 117).

      Hernia adalah kelainan pada dinding abdomen yang memungkinkan isi abdomen menonjol dari rongga abdomen (LeMone, Karen dan Bauldoff, 2016 : 889).

      Hernia adalah penonjolan dari organ internal melaui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya (Winter Griffith, 1997 : 340 dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 151).

Hernia inguinalis lateralis (HIL) adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjololan di selangkangan atau skrotum (Nurarif dan Kusuma, 2015 : 74).

Hernia inguinalis adalah hernia yang terjadi di lipatan paha. Jenis ini merupakan yang tersering dan dikenal dengan istilah turun bero atau burut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 153).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa hernia adalah penyakit yang terjadi saat ada organ atau lemak tubuh menekan melalui titik lemah dalam otot sekitarnya atau jaringan ikat. Dalam kondisi normal, otot kita harusnya kuat menahan organ – organ tubuh sehingga berada di tempatnya masing – masing. Adanya pelemahan pada otot ini yang kemudian menyebabkan hernia. Hernia inguinalis yang sering disebut turun bero merupakan tonjolan yang terjadi di selangkangan atau lipatan paha.

1) Bagian dan Jenis Hernia

   a) Bagian-bagian hernia

      (1) Kantong hernia

          Pada hernia abdominalis berupa peritonium parietalis. Tidak semua hernia memiliki kantong, misalnya hernia incisional, hernia adiposa dan hernia intertitialis.

(2) Isi hernia

Berupa organ atau jaringan yang keluar melalui kantong hernia misalnya usus, ovarium dan jaringan penyangga usus (omentum).

(3) Pintu Hernia

Merupakan bagian locus minoris resistence yang dilalui kantong hernia.

(4) Leher Hernia

Bagian tersempit kantong hernia yang sesuai dengan kantong hernia.

(5) Locus Minoris Resistence (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 153).

b) Klasifikasi Hernia

(1) Berdasarkan Lokasi

(a) Hernia inguinalis yaitu hernia yang terjadi di lipatan paha. Jenis ini merupakan yang tersering dan dikenal dengan istilah turun bero atau burut.

Hernia inguinalis dapat dibagi menjadi dua yaitu :

i. Hernia inguinalis lateralis (indirek)

ii. Hernia inguinalis medialis (direk)

(b) Hernia umbilikalis adalah di pusat.

(c) Hernia femoralis yaitu hernia yang terjadi di paha.

(2) Berdasarkan Isinya

(a) Hernia usus halus.

(b) Hernia omentum

(3) Menurut penyebabnya :

(a) Hernia kongenital atau bawaan

(b) Hernia traumatica

(c) Hernia insisional adalah akibat pembedahan sebelumnya

(4) Menurut terlihat atau tidaknya

(a) Hernia externs yaitu hernia yang bisa dilihat dari luar.

Misalnya : hernia inguinalis dan hernia scrotalis.

(b) Hernia interns yaitu hernia yang tidak bisa dilihat dari luar.

Misalanya : hernia diafragmatika, hernia foramen winslow, hernia obturaforia.

(5) Menurut keadaannya

(a) Hernia inkarserata bila isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibat yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis hernia inkarserata lebih dimaksudkan untuk hernia irrenponibel.

(b) Hernia strangulata adalah jika bagian usus yang mengalami hernia terpuntir atau membengkak, dapat mengganggu aliran darah normal dan pergerakan otot serta mungkin dapat menimbulkan penyumbatan usus dan kerusakan jaringan.

(6) Menurut nama penemunya

(a) Hernia petit yaitu hernia di daerah lumbosacral.

(b) Hernia spigelli yaitu hernia yang terjadi pada linen semi sirkularis di atas penyilangan vasa epigastrika inferior pada muskulus rektus abdominalis bagian lateral.

(c) Hernia richter yaitu hernia di mana hanya sebagian dinding usus yang terjepit.

(7) Menurut sifatnya

(a) Hernia reponibel adalah bila isi hernia dapat keluar masuk. Isi hernia keluar jika berdiri atau mengedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk.

(b) Hernia irreponibel adalah bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga.

(8) Jenis hernia lainnya

(a) Hernia pantolan adalah hernia inguinalis dan hernia femoralis yang terjadi pada satu sisi dan dibatasi oleh vasa epigastrika inferior.

(b) Hernia scrotalis adalah hernia inguinalis yang isinya masuk ke scrotum secara lengkap.

(c) Hernia littre adalah hernia yang isinya adalah divertikulum meckeli (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 153).

b. Patofisiologi

1) Etiologi

a) Kelainan kongenital

b) Kehamilan

c) Obesitas

d) Batuk kronis

e) Pekerjaan mengangkat benda berat

f) Mengejan pada saat defekasi dan miksi (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 156).

2) Proses Terjadi

Kanal inguinalis dalam kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke delapan dari kehamilan, terjadinya desensus Vestikulorum melalui kanal tersebut. Penurunan testis itu akan menarik peritonium ke daerah skrotum sehingga terjadi benjolan peritonium yang disebut dengan *prosesus vaginalis peritonea*, bila bayi lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi, sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup, karena testis

yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka.

Dalam keadaan normal kanal yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan bila prosesus terbuka sebagian maka akan timbul hidrokel, bila kanal terbuka terus karena prosesus tidak berobliterasi maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Biasanya semua hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut dimana pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. sejalan dengan bertambahnya umur organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi.

Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup namun karena daerah ini merupakan locus minoris resistance, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra abdominal meningkat seperti batuk – batuk kronik, bersin yang kuat, mengejan terlalu lama dan mengangkat barang – barang berat. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya suatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 155).

3) Manifestasi Klinis

a) Adanya penonjolan diselangkangan atau kemaluan

b) Adanya perut kembung

c) Mual, muntah dan anoreksia akibat penekanan intra abdominal

d) Susah buang air besar

e) Nyeri pada perut dan selangkangan (Nurarif dan Kusuma, 2015 : 76).

4) Komplikasi

Apabila hernia tidak mendapatkan penanganan seperti pembedahan Herniotomi akan menimbulkan beberapa komplikasi diantaranya seperti terjadi perlengketan isi hernia dengan kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukan kembali yang disebut dengan *hernia inguinalis ireponibilis*, dan terjadi penekanan terhadap cincin hernia akibatnya banyak usus yang masuk, keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus diikuti dengan gangguan vaskular atau proses stranggulasi dimana hal ini dapat dikatakan *hernia inguinalis strangulata*. Bila penekanan inkarserata dibiarkan maka lama kelamaan akan timbul edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis, obstruksi pada usus hingga berujung pada terjadinya abses lokal, fistel atau peritonitis (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 155).

c. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang umum diperlukan untuk hernia antara lain :

1) Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.

2) Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningktan sel darah

putih dan ketidakseimbangan elektrolit (Nurarif dan Kusuma, 2015 : 76).

d. Penatalaksanaan medis

Nurarif dan Kusuma (2015 : 76) berpendapat bahwa penatalaksanaan medis dari hernia antara lain:

1) Konservatif

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Bukan merupakan tindakan definitive sehingga dapat kambuh kembali. Terdiri atas :

a) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonil atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak – anak.

b) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritonil.

c) Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi

2) Operatif

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada:

a) Hernia reponibilis

b) Hernia irreponibilis

c) Hernia strangulasi

d) Hernia incarserata

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap :

(1) Herniotomy merupakan tindakan membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.

Herniotomy yaitu dilakukan pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan kalau ada perlekatan kemudian direposisi. Kantong hernia dijahit. Ikat setinggi mungkin lalu dipotong (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 159).

Herniotomy yaitu kantong hernianya di eksisi ini dalam pembedahan anak (Grace dan Borley, 2006 : 119).

(2) Hernioplasti yaitu dilakukan tindakan memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding kanalis inguinalis.

(3) Herniorafi yaitu memperbaiki defek perbaikan dengan pemasangan jaring (mesh) yang biasa dilakukan untuk hernia inguinalis yang dimasukkan melalui bedah terbuka/ laparoskopik.

2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Hernia

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi yang berkesinambungan, dianalisa dan diinterpretasikan serta diidentifikasi secara mendalam. Sumber data pengkajian diperoleh dari anamnesa (wawancara), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik, data dokumentasi (Dion dan Betan, 2013 : 64).

1) Data Pre Operasi

a) Subyektif

(1) Pasien mengatakan ada benjolan di lipatan paha

(2) Pasien mengatakan nyeri di lipatan paha

(3) Pasien mengatakan mual dan muntah

(4) Pasien mengatakan cemas dan khawatir dengan keadaannya sekarang

(5) Pasien mengatakan susah buang air besar

b) Data Objektif

(1) Teraba ada benjolan pada lipatan paha pasien

(2) Pasien meringis

(3) Pasien mual muntah dan anoreksia

(4) Pasien gelisah

(5) Penurunan bising usus

(6) Perut kembung/ rektum terasa penuh

(7) Terdapat skibala

2) Data Post Operasi

a) Data Subyektif

(1) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

(2) Pasien mengatakan susah bergerak

(3) Pasien mengatakan susah buang air besar

(4) Pasien mengatakan nafsu makannya menurun

(5) Pasien mengatakan mual dan mutah

(6) Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan ADL di bantu keluarga dan perawat

(7) Pasien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya.

b) Data Objektif

(1) Terdapat luka pembedahan

(2) Luka masih basah

(3) Pasien meringis

(4) Terdapat skibala

(5) Nafsu makan pasien menurun

(6) Pasien terbaring di tempat tidur

(7) Pasien lemah

(8) Mukosa bibir kering

(9) Turgor kulit kurang elastis

(10) Dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dibantu keluarga dan perawat

(11) Pasien mual muntah

b. Diagnosa Keperawatan

Data terkumpul akan dikelompokkan dan dianalisa sehingga ditemukan diagnosa keperawatan. Menurut (Carpenito, 2013) diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada :

1) Pre Operasi

a) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos sekunder akibat adanya hernia.

b) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat mual dan muntah.

c) Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik sekunder akibat imobilitas terhadap hernia.

d) Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi.

2) Post Operasi

a) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anoreksia.

b) Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi.

c) Resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

d) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy)

e) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi (herniotomy)

f) Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltic sekunder terhadap immobilitas

g) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan di rumah

c. Perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan dimulai dari proses keperawatan dimulai dari penentuan tujuan, penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah (Dion dan Betan, 2013 : 65). Perencanaan ditulis sesuai dengan prioritas diagnosa berdasarkan berat ringannya masalah yang mengancam jiwa pasien adalah sebagai berikut :

1) Pre Operasi

a) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos sekunder akibat adanya hernia

Tujuan : Nyeri berkurang

Kriteria hasil :

(1) Pasien mengatakan nyeri berkurang

(2) Skala nyeri 0-2 dari 0 – 10 skala yang diberikan

(3) TTV dalam batas normal terutama

Nadi dalam batas normal (60 – 80 x/mnt)

TD : 100/60 – 120/80 mmHg

(4) Pasien tidak meringis dan memegang bagian yang sakit

(5) Nyeri tekan berkurang

Intervensi :

(a) Observasi skala nyeri, catat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST).

Rasional : Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar untuk perbandingan dan evaluasi terhadap terapi.

(b) Observasi vital sign tiap 8 jam.

Rasional : Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan.

(c) Berikan lingkungan yang tenang.

Rasional : Tindakan ini dapat menurunkan ketidaknyamanan fisik dan emosional pasien.

(d) Berikan posisi yang nyaman sesuai indikasi (semi fowler).

Rasional : Tirah baring dalam posisi yang nyaman memungkinkan pasien untuk menurunkan spasme otot.

(e) Ajarkan pasien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi.

Rasional : Memfokuskan perhatian pasien, membantu menurunkan tegangan otot, mengalihkan

perhatian terhadap nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan.

(f) Beri HE cara menanggulangi nyeri yang dirasakan pasien.

Rasional : Menambah pengetahuan pasien tentang cara menanggulangi nyeri.

(g) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Rasional : Analgetik berfungsi sebagai obat penghilang nyeri.

b) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat mual dan muntah

Tujuan : Nutrisi pasien adekuat

Kriteria hasil :

(1) Pasien tidak mual dan muntah

(2) Pasien mengatakan nafsu makan bertambah

(3) BB meningkat

Intervensi :

(a) Observasi intake dan output makanan dan minuman.

Rasional : Mengawasi masukan kalori atau kualitas kekurangan konsumsi makanan.

(b) Sajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional : Makanan hangat dapat meningkatkan keinginan pasien untuk makan.

(c) Berikan makanan porsi kecil tapi sering termasuk makanan yang menarik untuk pasien.

Rasional : Membantu mencegah distensi gaster/ketidaknyamanan dan meningkatkan pemasukan.

(d) Berikan kebersihan oral sebelum makan.

Rasional : Meningkatkan nafsu makan dan pemasukan oral, menurunkan pertumbuhan bakteri.

(e) Timbang berat badan sesuai indikasi.

Rasional : Mengetahui keadekuatan diit atau penentuan kebutuhan nutrisi.

(f) Kolaborasi dalam pemberian antiemetik

Rasional : Meningkatkan nafsu makan dan pemasukan oral.

c) Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik sekunder akibat imobilitas terhadap hernia.

Tujuan : Pasien dapat BAB secara teratur dengan konsistensi feses lunak.

Kriteria Hasil :

(1) Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi feses lunak.

(2) Tidak teraba skibala.

(3) Bising Usus dalam batas normal (6-12x/menit)

Intervensi :

(a) Observasi bising usus, distensi perut

Rasional : Mengukur bising usus mengetahui kerja dari peristaltik.

(b) Anjurkan pasien makan-makanan berserat

Rasional : Meningkatkan konsistensi faeces (lembek), meningkatkan pengeluaran faeces.

(c) Anjurkan pasien untuk mobilisasi di tempat tidur seperti miring kanan dan kiri

Rasional : Mobilisasi diharapkan bising usus meningkat.

(d) Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar

Rasional : Obat pencahar membantu melancarkan faeces.

d) Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi.

Tujuan: Ansietas Teratasi

Kriteria Hasil :

(1) Pasien mengatakan tidak cemas lagi dengan keadaannya

(2) Pasien tampak tenang

(3) TTV dalam batas normal terutama

Tekanan darah (100/60-120/80 mmHg)

Nadi dalam batas normal (60-100x/ menit)

Intervensi :

(a) Observasi vital sign tiap 8 jam.

Rasional : Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan.

(b) Kaji tingkat kecemasan pasien.

Rasional : Membantu dalam mengidentifikasi kekuatan dan ketrampilan yang mungkin membantu pasien mengatasi keadaannya sekarang dan atau kemungkinan lain untuk memberikan bantuan yang sesuai .

(c) Berikan informasi yang akurat dan nyata tentang apa yang dilakukan misal : tirah baring, pembatasan masukan per oral, dan prosedur

Rasional : Memungkinkan pasien untuk membuat keputusan yang didasarkan atas pengetahuannya

(d) Berikan lingkungan tenang dan istirahat

Rasional : Memindahkan pasien dari stress luar, meningkatkan relaksasi, membantu menurunkan ansietas.

(e) Berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan masalah yang dihadapinya

Rasional : Kebanyakan pasien mengalami masalah yang perlu untuk diungkapkan dan diberi respons dengan informasi yang akurat untuk meningkatkan koping terhadap situasi yang sedang dihadapinya

(f) Beri HE tentang tindakan pengobatan hernia.

Rasional : Mengurangi kecemasan pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.

2) Post Operasi

a) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan sekunder terhadap anoreksia.

Tujuan : Nutrisi pasien adekuat

Kriteria hasil :

(1) Pasien mengatakan nafsu makan bertambah

(2) Pasien tidak mual dan muntah

(3) BB meningkat

Intervensi :

(a) Observasi intake dan output.

Rasional : Mengawasi masukan kalori atau kualitas kekurangan konsumsi.

(b) Sajikan makanan dalam keadaan hangat.

Rasional : Makanan hangat dapat meningkatkan keinginan pasien untuk makan.

(c) Berikan makanan porsi kecil tapi sering termasuk makanan yang menarik untuk pasien.

Rasional :Membantu mencegah distensi gaster atau ketidaknyamanan dan meningkatkan pemasukan.

(d) Berikan kebersihan oral sebelum makan.

Rasional : Meningkatkan nafsu makan oral, menurunkan pertumbuhan bakteri.

(e) Timbang berat badan sesuai indikasi.

Rasional : Mengetahui keadekuatan diit atau penentuan kebutuhan nutrisi.

b) Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi

Tujuan : Kekurangan volume cairan tidak terjadi

Kriteria Hasil :

(1) Mempertahankan keseimbangan cairan dibuktikan oleh membran mukosa yang lembab, turgor kulit elastis.

(2) Tanda-tanda vital normal : TD :110/70-120/80 mmHg

N : 60-80 x/menit

(3) Intake dan output seimbang

Intervensi :

(a) Observasi tekanan darah dan nadi setiap 8 jam.

Rasional : Tanda-tanda vital dapat membantu untuk mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler.

(b) Observasi membran mukosa, turgor kulit.

Rasional : Indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler.

(c) Atur atau observasi tetesan infus.

Rasional : Menjaga keseimbangan masukan cairan.

(d) Pantau masukan dan haluaran, catat warna, karakter urine.

Rasional : Memberikan informasi tentang keadekuatan volume cairan.

(e) Pantau keseimbangan cairan (intake dan output) setiap 24 jam.

Rasional : Memberikan informasi asupan cairan pasien dan keadekuatan cairan.

(f) Kolaborasi dalam pemberian cairan parenteral.

Rasional : Cairan parenteral dapat membantu dalam pemenuhan cairan.

c) Resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

Tujuan : Infeksi tidak terjadi

Kriteria Hasil :

(1) Mencapai waktu penyembuhan tidak mengalami tanda infeksi (kalor,rubor, dolor, tumor, fungsiolaesa)

(2) TTV dalam batas normal terutama suhu (36,5 – 37,5°C)

(3) WBC dalam batas normal (4,60-10,2 K/UL)

(4) Balutan luka tampak bersih

Intervensi :

(a) Observasi tanda-tanda infeksi seperti kalor, rubor, dolor, tumor, fungsiolaesa.

Rasional : Mendeteksi dini terjadinya proses infeksi dan atau pengawasan penyembuhan luka.

(b) Observasi vital sign setiap 8 jam terutama suhu.

Rasional : Peningkatan suhu tubuh dapat menunjukkan terjadinya infeksi

(c) Lakukan pencucian tangan yang baik dan rawat luka dengan tehnik aseptik.

Rasional : Melindungi pasien dari kontaminasi silang selama perawatan luka

(d) Beri HE pada pasien agar menjaga area luka tetap bersih dan perawatan luka pasca operasi

Rasional : Mencegah terjadinya infeksi pada luka.

(e) Kolaborasi dalam pemeriksaan darah lengkap terutama WBC.

Rasional : Peningkatan WBC diakibatkan oleh proses penyakit melibatkan imun dan peningkatan resiko infeksi

(f) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik.

Rasional : Antibiotik berfungsi untuk mencegah terjadinya infeksi dan menekan atau menghentikan perkembangan bakteri atau mikroorganisme berbahaya yang berada di dalam tubuh.

d) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy).

Tujuan : Nyeri berkurang

Kriteria Hasil :

(1) Pasien mengatakan nyeri berkurang

(2) Skala nyeri 1-3 dari 0 – 10 skala yang diberikan

(3) TTV dalam batas normal terutama

Nadi : 60 – 80 x/mnt

TD : 100/60 – 120/80 mmHg

(4) Pasien tidak meringis dan memegang bagian yang sakit

(5) Nyeri tekan berkurang

Intervensi :

(a) Observasi skala nyeri, catat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST).

Rasional : Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar untuk perbandingan dan evaluasi terhadap terapi.

(b) Observasi vital sign tiap 8 jam.

Rasional : Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan.

(c) Berikan lingkungan yang tenang

Rasional : Tindakan ini dapat menurunkan ketidaknyamanan fisik dan emosional pasien.

(d) Berikan posisi yang nyaman sesuai indikasi (semi fowler)

Rasional : Tirah baring dalam posisi yang nyaman memungkinkan pasien untuk menurunkan spasme otot.

(e) Ajarkan pasien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi.

Rasional : Memfokuskan perhatian pasien, membantu menurunkan tegangan otot, mengalihkan perhatian terhadap nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan.

(f) Beri HE cara menanggulangi nyeri yang dirasakan pasien

Rasional : Menambah pengetahuan pasien tentang cara menanggulangi nyeri.

(g) Kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Rasional : Analgetik berfungsi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

e) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi (herniotomi)

Tujuan : Kebutuhan ADL sehari – hari dapat terpenuhi

Kriteria Hasil :

(1) Pasien mengatakan tidak merasa lemas

(2) Pasien mengatakan tidak sulit bergerak

(3) ADL pasien terpenuhi

(4) Pasien mampu makan, minum, mandi (dilap), BAB, BAK dan berpakaian secara mandiri.

(5) Pasien dapat melakukan mobilisasi secara bertahap

(6) Kekuatan otot

555	555
555	555

Intervensi :

(a) Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

Rasional :Mengetahui perkembangan pasien dalam beraktifitas.

(b) Berikan lingkungan yang tenang dan periode istirahat tanpa gangguan.

Rasional : Menghemat energi untuk ekfektivitas dan regenerasi seluler / penyembuhan jaringan.

(c) Dorong pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap

Rasional : Mobilisasi diri menurunkan komplikasi tirah baring dan meningkatkan pertumbuhan dan normalisasi fungsi organ.

(d) Bantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan bertahap seperti miring kanan, kiri, duduk, dan jalan-jalan, makan, minum, mandi (dilap), BAB, BAK dan berpakaian.

Rasional : Meningkatkan atau mempertahankan kekuatan otot dan stamina umum.

(e) Beri HE pada keluarga untuk selalu memberikan dukungan dan motivasi pada pasien dalam melakukan latihan gerak

Rasional : Pasien termotivasi dan menambah semangat untuk berusaha melakukan latihan gerak.

(f) Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas atau aktifitas sehari-hari

Rasional : Mengetahui keadekuatan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

f) Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik sekunder terhadap imobilitas.

Tujuan : Pasien dapat BAB secara teratur dengan konsistensi feses lunak.

Kriteria Hasil :

(1) Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi feses lunak.

(2) Tidak teraba skibala.

(3) Bising Usus dalam batas normal (6-12x/menit)

Intervensi :

(a) Observasi bising usus, distensi perut.

Rasional : Mengukur bising usus mengetahui kerja dari peristaltik.

(b) Anjurkan pasien makan-makanan berserat.

Rasional: Meningkatkan konsistensi faeces (lembek), meningkatkan pengeluaran faeces.

(c) Anjurkan pasien untuk mobilisasi di tempat tidur seperti miring kanan dan kiri.

Rasional : Mobilisasi diharapkan bising usus meningkat.

(d) Kolaborasi dalam pemberian obat pencahar.

Rasional : Obat pencahar membantu melancarkan faeces.

g) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang perawatan di rumah.

Tujuan : Pengetahuan pasien bertambah

Kriteria Hasil :

(1) Pasien dan keluarga mengerti dan paham tentang perawatan di rumah.

(2) Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penjelasan perawat.

(3) Pasien tampak tenang

Intervensi :

(a) Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan di rumah

Rasional : Mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan di rumah.

(b) Beri HE tentang proses penyakit, pengobatan dan perawatan di rumah.

Rasional : Memberi informasi sebagai tambahan pengetahuan bagi pasien.

(c) Evaluasi kembali tingkat pengetahuan pasien.

Rasional : Mengetahui sejauh mana penjelasan perawat diterima oleh pasien.

(d) Beri reinforcement positif pada jawaban atau tindakan yang benar.

Rasional : Memberikan dukungan dan kepercayaan tentang kesehatan pasien.

d. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan melaksanakan tindakan keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan seperti ini, perawat seharusnya tidak boleh bekerja sendiri dan melibatkan keluarga serta disiplin ilmu lain (Dion dan Betan, 2013 : 68).

e. Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk melihat kemampuan keluarga dalam mencapai tujuan (Dion dan Betan, 2013 : 80). Terdapat dua jenis evaluasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yaitu :

1) Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Penulisannya lebih dikenal dengan menggunakan format SOAP.

2) Evaluasi Sumatif

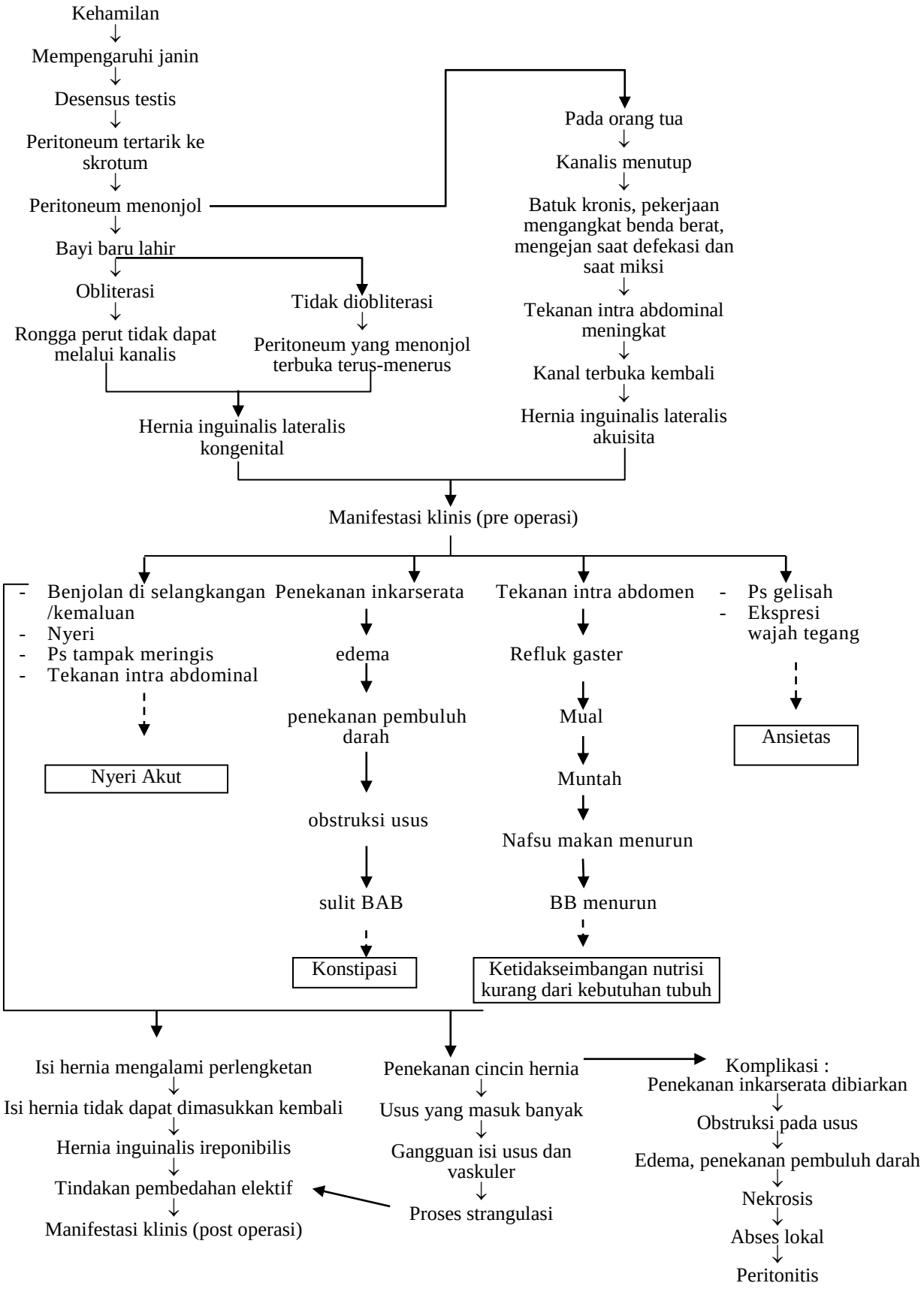
Evaluasi akhir apabila waktu perawatan sudah sesuai dengan perencanaan. Bila terdapat ketidaksesuaian dalam hasil yang dicapai,

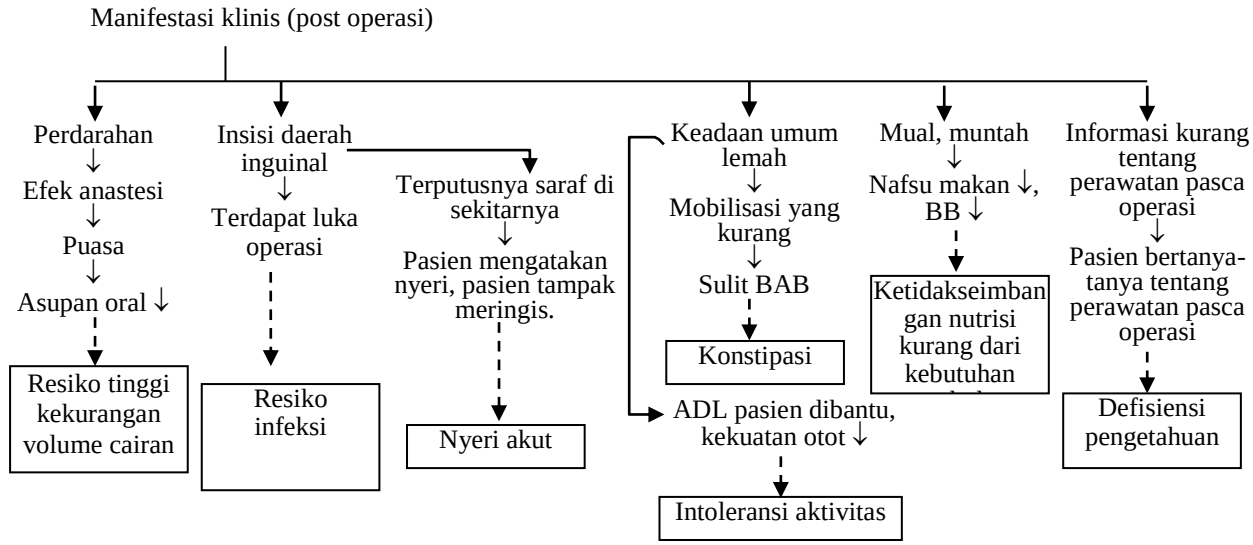
keseluruhan proses mulai dari pengkajian sampai dengan tindakan perlu ditinjau kembali.

Evaluasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tujuan yang telah disusun sebelumnya, yaitu :

a) Pre Operasi
   (1) Nyeri berkurang
   (2) Nutrisi pasien adekuat
   (3) BAB lancar
   (4) Ansietas pasien berkurang
b) Post Operasi
   (1) Nutrisi pasien adekuat
   (2) Kekurangan volume cairan tidak terjadi
   (3) Infeksi tidak terjadi
   (4) Nyeri berkurang
   (5) Aktifitas pasien meningkat bertahap
   (6) BAB lancar
   (7) Pengetahuan bertambah

Bagan 1. Web of Caution (WOC) Hernia





Keterangan :

= Manifestasi Klinis

= Menimbulkan Diagnosa

= Diagnosa yang ditimbulkan

Sumber : Carpenito (2013), Doengoes (2012), Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012)

B. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian pre operasi dilakukan pada tanggal 25 April 2016 pukul 10.00 WITA dan pengkajian post operasi dilakukan pada tanggal 26 April 2016 pukul 16.00 wita di ruang A RSUD Klungkung dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik serta catatan medik pasien.

a) Pengumpulan Data

1) Identitas

		Pasien	Penanggung
Nama	:	Tn WB	KM (Anak)
Umur	:	83 th	40 th
Jenis Kelamin	:	Laki-laki	Laki-laki
Status	:	Sudah menikah	Sudah menikah
Pekerjaan	:	Petani	Pegawai Swasta
Pendidikan	:	SD	SMA
Agama	:	Hindu	Hindu
Suku/Bangsa	:	Bali/Indonesia	Bali/Indonesia
Alamat	:	Dusun Gembalan, Selat, Klungkung	Dusun Gembalan, Selat, Klungkung
No. CM	:	177055	
Tgl. MRS	:	25 April 2016	

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

(1) Saat Masuk Rumah Sakit

Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri.

(2) Saat Pengkajian

Pre Operasi : Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri.

Post Operasi : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada inguinal kanan dan kiri.

b) Riwayat Penyakit

(1) Riwayat Penyakit Sekarang

Sejak 1 tahun yang lalu pasien merasa perutnya melorot dan teraba tonjolan pada lipatan paha kanan dan kiri yang disertai dengan rasa nyeri. Tetapi pada saat itu tonjolan masih dapat dikembalikan ke posisi semula. Pasien tidak pernah memeriksakan dirinya ke dokter, tetapi pasien sudah tahu bahwa pasien menderita hernia dari temannya. Pada tanggal 19 April 2016 pasien merasa nyeri pada perut bertambah dan tonjolan tidak mau kembali ke posisi semula. Kemudian pasien berinsiatif memeriksakan diri ke Poli Bedah RSUD Klungkung. Pada saat di poli bedah pasien diperiksa oleh dokter dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan rontgen. Pasien didiagnosa hernia inguinalis lateralis, oleh dokter

pasien diharuskan untuk operasi. Pasien mengatakan bersedia dioperasi tetapi karena ada upacara agama dari tanggal 21 - 23 April 2016 pasien minta agar jadwal operasi diundur, maka dokter memberi jadwal operasi tanggal 26 April 2016.

Pada tanggal 25 April 2016 pasien datang ke poli bedah dan mengatakan nyeri pasien terus bertambah, kemudian pada pukul 10.00 WITA pasien langsung dipindahkan ke ruang A (Bedah) untuk dirawat inap dan untuk menjalani persiapan operasi tanggal 26 April 2016. Persiapan operasi terdiri dari informed consent, puasa, pencukuran area operasi, dan mandi besar.

Diagnosa medis tanggal 25 April 2016 : Hernia Inguinalis Lateralis. Therapy tanggal 25 April 2016 :

(a) IVFD RL 24 tetes / menit

(b) Proflaksis cefotaxime 1 x 2 gr (IV perset)

Pasien diantar ke ruang OK pukul 10.40 Wita dan diterima di ruang operasi pukul 10.45 wita, pasien sudah menggunakan baju operasi. Setelah persiapan pasien, alat dan lingkungan dilakukan anestesi dengan anastesi RA-SAB (Blok Spinal Anastesi). Operasi selesai pukul 11.45 Wita tanggal 26 April 2016 dibawah ke recovery room (RR) untuk memulihkan kondisi dan mengobservasi keadaan pasien, keadaan pasien setelah selesai diobservasi di recovery room yaitu TD : 120/70 mmHg, N : 80 x /menit, RR 20 x / menit, S : 36°C. Kesadaran Compos Mentis. Kemudian pasien

dipindahkan ke ruangan pukul 12.00 Wita. Tanda – tanda vital di ruangan TD : 120/80 mmHg, N : 80 x /menit, RR 20 x / menit, S : 36,3°C dan pasien dipuasakan sampai efek anestesi berkurang 6 jam setelah operasi atau pasien bisa flatus.

Diagnosa medis pre operasi tanggal 25 April 2016 : Hernia Inguinalis Lateralis (HIL)

Diagnosa medis post operasi tanggal 26 April 2016 : Post Herniotomi Hari ke-0

Therapi tanggal 26, 27 dan 28 April 2016 :

(a) IVFD RL 21 tetes / menit

(b) Cefotaxime 3x 1 gram (IV perset)

(c) Ketorolac 3 x 1 ampul (30 mg) (IV preset)

(d) Paracetamol tablet 3 x 500 mg (oral)

(2) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit seperti sekarang ataupun penyakit keturunan seperti diabetes melitus, asma dan hipertensi. Pasien juga mengatakan tidak menderita penyakit menular seperti : TBC, AIDS, dan Hepatitis, ini merupakan pertama kalinya pasien di rawat di RS.

(3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien. Di keluarga juga tidak ada yang menderita penyakit menular seperti : TBC, AIDS, dan Hepatitis.

3) Pola Kebiasaan Pasien

a) Bernafas

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit, saat sakit dan saat pengkajian tidak mengalami kesulitan bernafas baik saat menarik nafas maupun mengeluarkan nafas.

Post Operasi : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan bernafas baik saat menarik nafas maupun mengeluarkan nafas.

b) Makan dan Minum

Makan

Pre Oprasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit biasa makan tiga kali sehari dengan menu nasi, lauk pauk, sayur dan terkadang disertai buah. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah makan 2 kali dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur dari tadi pagi. Pasien dipuasakan dari pukul 21.00 WITA karena akan menjalani operasi.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 16.00 WITA, pasien mengatakan diperbolehkan makan 6 jam setelah operasi yaitu pukul 18.00 WITA.

Minum

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit biasa minum ± 7-8 gelas / hari (± 1400 – 1600 cc). Saat pengkajian pasien mengatakan sudah minum 3 gelas (600 cc) dari tadi pagi dan pasien dipuasakan pukul 21.00 WITA untuk menjalani operasi.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 16.00 WITA, pasien mengatakan diperbolehkan minum 2 jam setelah operasi pukul 14.00 WITA dan pasien sudah minum sedikit – sedikit, pasien sudah minum ½ gelas.

c) Eliminasi

BAB

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit biasa BAB 1 kali sehari pada pagi hari dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses. Saat pengkajian pasien tidak ada gangguan BAB, pasien mengatakan sudah BAB tadi pagi dengan konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 16.00 WITA pasien mengatakan belum BAB dan belum flatus. Saat

pengkajian pukul 18.00 WITA pasien mengatakan belum BAB tetapi sudah flatus.

BAK

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit biasa kencing 6-7 kali sehari (± 1200 – 1400 cc) dengan konsistensi cair, warna kuning jernih dan bau pesing. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah kencing 3 kali sejak tadi pagi (± 600cc). dengan konsistensi cair, warna kuning jernih dan bau pesing.

Post Operasi : Saat pengkajian pasien mengatakan sudah kencing 1 kali (± 200cc) dengan konsistensi cair, warna kuning jernih dan bau pesing.

d) Gerak dan Aktifitas

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit biasanya melakukan aktivitasnya sehari-hari sebagai mangku dan petani karena pasien memiliki sawah yang harus dikerjakan sendiri. Saat pengkajian pasien mengatakan dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum, mandi, BAK, BAB secara mandiri.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 16.00 WITA pasien mengatakan sulit bergerak karena lemas, pasien

hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri. Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur dan ADL tampak dibantu keluarga.

e) Istirahat Tidur

Pre Operasi : Sebelum sakit, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam istirahat dan tidur. Pasien biasa tidur malam pukul 22.00 wita dan bangun pukul 05.30 wita. Saat sakit pasien mengatakan sering terjaga pada malam hari tetapi pasien bisa tidur lagi. Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak tidur siang karena tidak terbiasa tidur siang.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 16.00 WITA, pasien mengatakan sudah tidur siang pukul 13.00 – 15.30 WITA karena pasien merasa lelah setelah operasi.

f) Kebersihan Diri

Pre Operasi : Sebelum sakit dan saat sakit pasien biasa mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, cuci rambut 2 kali seminggu dengan sampho, sikat gigi 2 kali sehari dengan pasta gigi dan biasa

mengganti pakaian 2 kali sehari pada pagi dan sore hari. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mandi tadi pagi dan sudah mengganti pakaiannya tadi pagi dan pasien sudah tampak rapi. .

Post Operasi : Saat pengkajian pasien mengatakan sudah di lap oleh keluarga dan sudah mengganti pakaian dan pasien sudah tampak rapi. .

g) Pengaturan Suhu Tubuh

Pre Operasi : Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat sakit tidak pernah mengalami peningkatan suhu tubuh. Saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh. Suhu 36,8 ^{0}C.

Post Operasi : Saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh. Suhu 36,3 ^{0}C.

h) Rasa Nyaman

Pre Operasi : Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien

bergerak, pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit.

Post Operasi : Saat pengkajian pukul 18.00 wita pasien mengatakan nyeri disebabkan pembedahan, nyeri dirasakan seperti teriris - iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis, terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri.

i) Rasa Aman

Pre Operasi : Saat pengkajian pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi. Pasien tampak gelisah, nadi 84 x/menit, TD : 120/70 mmHg.

Post Operasi : Saat pengkajian pasien mengatakan merasa lebih aman setelah dilakukan operasi dan pasien berharap bisa segera sembuh. Pasien tampak tenang dan percaya sepenuhnya dengan dokter dan perawat karena pasti melakukan yang terbaik untuk kesembuhannya.

j) Data Sosial

Pre Operasi : Hubungan pasien dengan keluarga baik, peran dalam keluarga adalah sebagai bapak dan keluarganya harmonis. Hubungan pasien dengan perawat juga baik.

Post Operasi : Hubungan pasien dengan keluarga baik, peran dalam keluarga adalah sebagai bapak dan keluarganya harmonis. Hubungan pasien dengan perawat juga baik.

k) Prestasi dan produktifitas

Pre Operasi : pasien mengatakan tidak ada prestasi yang pernah dicapai, pasien hanya lulus SD. Pasien mengatakan penyaktnya sangat berpengaruh terhadap pekerjaannya karena membuat pasien tidak bisa pergi ke sawah.

Post Operasi : pasien mengatakan tidak ada prestasi yang pernah dicapai, pasien mengatakan penyakitnya sangat berpengaruh terhadap pekerjaannya karena membuat pasien tidak bisa pergi ke sawah.

l) Rekreasi

Pre Operasi : pasien mengatakan jarang berekreasi dengan keluarganya hanya kesehariannya berkumpul di

rumah setelah selesai bekerja sambil menonton TV.

Post Operasi : pasien mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur dan mengobrol dengan keluarga.

m) Belajar

Pre Operasi : pasien mengatakan sudah tahu tentang penyakitnya karena sedikit mendapat informasi dari temannya dan dokter.

Post Operasi : pasien mengatakan sudah tahu tentang perawatan luka post operasi, pasien mendapat informasi dari dokter dan temannya.

n) Ibadah

Pre Operasi : pasien mengatakan beragama Hindu dan biasa sembahyang pada hari-hari tertentu.

Post Operasi: pasien mengatakan hanya berdoa dalam hati saja

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum (Pre Operasi dan Post Operasi)

(1) Kesadaran : compos mentis, GCS (E_4, V_5, M_6)

(2) Postur tubuh : tegak

(3) Bangun tubuh : sedang

(4) Gerak motorik : terkoordinasi

(5) Keadaan kulit : warna kulit sawo matang, kemerahan tidak ada, ikterik tidak, lesi tidak ada, sianosis tidak ada.

(6) Turgor kulit : elastis

b) Gejala Kardinal

Pre Operasi

(1) Suhu : 36,8°C

(2) Respirasi : 20 x/menit

(3) Nadi : 84x /menit

(4) Tekanan darah : 120/ 70 mmHg

Post Operasi

(1) Suhu : 36,3°C

(2) Respirasi : 20 x/menit

(3) Nadi : 80x /menit

(4) Tekanan darah : 120/ 80 mmHg

c) Ukuran lain

1) Berat badan sebelum sakit : 65 kg

2) Berat badan saat pengkajian : 65 kg

3) Tinggi badan : 160 cm

d) Keadaan Fisik

(1) Kepala

(a) Inspeksi : dolichephali, warna rambut putih, penyebaran rambut tidak merata, benjolan tidak ada, luka tidak ada, ketombe tidak ada, kebersihan rambut cukup.

(b) Palpasi : nyeri tekan tidak ada

(2) Mata

(a) Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, sklera putih, konjungtiva merah muda, pergerakan mata terkoordinir, reaksi pupil isokor, pasien mampu melihat ke segala arah.

(b) Palpasi : nyeri tekan tidak ada.

(3) Hidung

(a) Inspeksi : bentuk simetris, sekret tidak ada, lesi tidak ada, nafas cuping hidung tidak ada, tidak ada pembengkakan, tidak terpasang NGT.

(b) Palpasi : nyeri tekan tidak ada.

(c) Lainnya : penciuman baik

(4) Telinga

(a) Inspeksi : bentuk simetris, lesi tidak ada, serumen tidak ada.

(b) Palpasi : nyeri tekan tidak ada.

(c) Lainnya : pendengaran baik

(5) Mulut

(a) Inspeksi : mukosa bibir lembab, gigi tidak lengkap, karies tidak ada, lidah bersih, pembesaran tonsil tidak ada, kebersihan cukup.

(b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

(6) Leher

(a) Inspeksi : bentuk leher simetris, pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada, lesi tidak ada

(b) Palpasi : nyeri tekan tidak ada, pembesaran kelenjar limfe tidak ada

(7) Thorak

(a) Paru – paru

i. Inspeksi : bentuk simetris, pergerakan dada simetris, retraksi otot dada tidak ada.

ii. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus simetris diseluruh lapang paru.

iii. Perkusi : suara paru sonor

iv. Auskultasi : suara nafas vesikuler, wheezing dan ronchi tidak ada di kedua lapang paru.

(b) Jantung

i. Inspeksi : tampak ictus cordis pada ICS 5 linea midklavikula

ii. Palpasi : lokasi *point of maximal implus* terletak pada ruang sela iga (RSI) V arah medial dari garis midklavikula (medial dari apek jantung).

iii. Perkusi : suara jantung dullnes, pada atas jantung di ICS II mid sternum, batas bawah jantung di ICS V, batas kiri jantung ICS V midklavikula sinistra dan batas kanan di ICS V midsternum dextra.

iv. Auskultasi : suara S_1S_2 tunggal reguler, tidak terdengar suara jantung murmur dan gallop.

(8) Abdomen

(a) Pre Operasi

i. Inspeksi : bentuk simetris, lesi tidak ada, distensi tidak ada, tidak ada sikatrik, tidak ada striae warna kulit perut sawo matang.

ii. Auskultasi : bising usus 8x/menit.

iii. Perkusi : terdengar suara tympani pada sebagian besar region perut dan dullnes diatas permukaaan hati.

iv. Palpasi : teraba nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri terutama pada saat berdiri, tidak ada skibala, perut tidak kembung, tidak ada pembesaran hati, asites tidak ada.

(b) Post Operasi

i. Inspeksi : bentuk simetris, terdapat luka post operasi pada inguinal kanan dan kiri dengan Panjang luka 10 cm dengan 10 jahitan , luka ditutupi gaas steril kering dan hipavix, kondisi balutan luka tampak bersih, disekitar luka tidak ada bengkak dan kemerahan, distensi abdomen tidak ada.

ii. Auskultasi : bising usus 7x/menit.

iii. Perkusi : terdengar suara tympani pada sebagian besar region perut dan dullnes diatas permukaaan hati.

iv. Palpasi : terdapat nyeri tekan pada area luka operasi inguinal kanan dan kiri, asites tidak ada.

(9) Ekstremitas

(a) Pre Operasi

Atas : Lesi tidak ada, edema tidak ada, sianosis tidak ada, pergerakan terkoordinasi, terpasang IVFD RL 24 tetes / menit pada tangan kanan, CRT < 2 detik

Bawah : lesi tidak ada, edema tidak ada, CRT <2 detik

Kekuatan otot :

555	555
555	555

(b) Post Operasi

Atas : Lesi tidak ada, edema tidak ada, sianosis tidak ada, pergerakan terkoordinasi, terpasang IVFD RL 21 tetes / menit pada tangan kanan, CRT < 2 detik

Bawah : lesi tidak ada, edema tidak ada, CRT <2 detik

Kekuatan otot :

555	555
555	555

(10) Genetalia : Kebersihan cukup, lesi tidak ada.

(11) Anus : Kebersihan cukup, lesi tidak ada, haemoroid tidak ada.

5) Data Penunjang

a) Hasil Pemeriksaan Hematologi Tanggal 19 April 2016

(Pre Operasi)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	6,82	[10^3/uL]	4.60-10.2
NEUT	2,77	[10^3/uL]	2.00-6.00
LYMPH	1,49	[10^3/uL]	0.60-5.20
MONO	0,36	[10^3/uL]	0.10-0.60
EO	0,19	[10^3/uL]	0.00-0.40
BASO	0,01	[10^3/uL]	0.00-0.10
NEUT%	57,5	[%]	40.0-70.0
LYMPH%	30,9	[%]	20.0-40.0
MONO%	7,5	[%]	1.70-9.30
EO%	3,9	[%]	0.00-6.00
BASO%	0,2	[%]	0.00-1.00
RBC	4,77	[10^6/uL]	3.80-6.50
HGB	15,1	[gr/dL]	11.5-18.0
HCT	44,3	[%]	37.0-54.0
MCV	92,9	[fL]	80.0-100
MCH	31,7	[pg]	27.0-31.0
MCHC	34,1	[g/dL]	31.0-36.0
RDW-SD	42,4	[fL]	37.0-54.0
RDW-CV	12,8	[%]	11.5-14.5

PLT	164	[10^3/uL]	150-400
PDW	9,2	[fL]	15.5-17.1
MPV	8,4	[fL]	7.80-11.0
P-LCR	13,8	[%]	13.0-43.0
PCT	0.14	[%]	0.19-0.36

b) Pemeriksaan Rontgen Thorax P-A tanggal 19 April 2016 (Pre Operasi)

Hasil Pemeriksaan Rontgen Thorax P-A Tanggal 19 April 2016

Keterangan :

Foto Thorax P-A

Cor : Membesar 60 %, klasifikasi aorta knob

Pulmo : Tak tampak infiltrat maupun nodul, corakan bronchovaskuler normal

Sinus phrenicocostalis kanan dan kiri tajam

Hemidiapragma kanan dan kiri normal

Skelet Hemithorak : yang tervisualisasi tak tampak fraktur

Kesan :

Cardiomegali (ASHD)

Pulmo dalam batas normal

c) Hasil Pemeriksaan Kimia Klinik

Tanggal 25 April 2016 (Pre Operasi)

RFT	Hasil		Nilai Normal Dewasa
Ureum	=	24 mg/dL	10 - 50
Creatinin	=	0,87 mg/dL	0,7-1,3
Gula Darah			
BS sewaktu	=	84 mg/dL	80-200

d) Hasil Pemeriksaan Hematologi

Tanggal 25 April 2016 (Pre Operasi)

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Waktu Perdarahan	1 : 30	Menit	1-6
Waktu Pembekuan	12 : 30	Menit	4-15

b. Analisa Data

TABEL 1
ANALISA DATA KEPERAWATAN PASIEN WB
DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 25 APRIL 2016

No	Data Subyektif	Data Objektif	Kesimpulan
1	2	3	4
1.	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak	- Pasien tampak sedikit meringis - Pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit - Nadi : 84 x / menit - TD : 120/70 mmHg - Terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri	Nyeri akut
2.	- Pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya. - Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi	- Pasien tampak gelisah - Nadi 84 x / menit - TD : 120/70 mmHg	Ansietas

TABEL 2
ANALISA DATA KEPERAWATAN PASIEN WB
DENGAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 26 APRIL 2016

No	Data Subyektif	Data Objektif	Kesimpulan
1	**2**	**3**	**4**
1	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 - 10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak	- Pasien tampak meringis - Pasien tampak memegang bagian yang sakit - Nadi 80 x/menit - Terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri - TD : 120/80 mmHg	Nyeri Akut
2.		- Terdapat luka post operasi sepanjang 10 cm dengan 10 jahitan pada inguinal kanan dan kiri - Luka tertutup dengan gaas steril kering dan hipavix - Balutan tampak bersih - Terpasang infus IVFD RL (21 tpm) pada tangan kanan - Suhu 36,3 ^{0}C	Resiko infeksi
3	- Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas - Pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, dan baru mampu miring kiri - Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga.	- Pasien tampak lemah - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Tampak ADL pasien seperti makan , minum , BAK dibantu oleh keluarga - Kekuatan otot : 555 | 555 555 | 555	Intoleransi aktivitas

c. Rumusan Masalah Keperawatan

Berdasarkan analisa data keperawatan di atas, maka dapat dirumuskan beberapa masalah yaitu :

1) Pre Operasi
   a) Nyeri akut
   b) Ansietas
2) Post Operasi
   a) Nyeri Akut
   b) Resiko infeksi
   c) Intoleransi aktivitas

d. Analisa Masalah

1) Pre Operasi
   a) Problem : Nyeri akut

      Etiologi : Spasme otot sekunder terhadap hernia

      Symptom : Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70

mmHg, terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.

Proses terjadinya : Karena adanya spasme otot sehingga terjadi jepitan cincin hernia dan akan menekan jaringan sekitarnya, maka oleh saraf afferent akan dibawa ke spinal cord, kemudian ke hipotalamus dan diinterpretasikan sebagai rasa nyeri.

Apabila bila tidak ditanggulangi : Mediator nyeri antara lain histamin, serotonin, plasmakinin, prostaglandin, ion-ion kalium. Zat-zat ini merangsang reseptor- reseptor nyeri pada ujung saraf bebas di kulit, selaput lendir,dan jaringan, lalu dialirkan melalui saraf sensoris ke susunan syaraf pusat (SSP) melalui sumsum tulang belakang ke talamus dan ke pusat nyeri di otak besar sehingga dirangsang sebagai nyeri. Nyeri dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien , nyeri dapat berubah menjadi nyeri kronis karena terjadi perubahan ekspresi dan saraf – saraf . Jika tidak tertangani dapat menyebabkan syok neurogenik.

2) Problem : Ansietas

Etiologi : Ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi

Symptom : Pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.

Proses terjadinya : karena adanya ancaman integritas biologis oleh karena tindakan pembedahan disertai pasien kurang mendapat informasi tentang penyakit, prognosa dan pengobatan sehingga pasien bertanya-tanya dan menjadi cemas.

Akibat bila tidak ditanggulangi : pasien tidak kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan dan tekanan darah pasien bisa tinggi sehingga menghambat jalannya operasi.

2) Post operasi.

a) Problem : Nyeri akut

Etiologi : Trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy)

Symptom : Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris –

iris, nyeri dirasakan pada area operasi, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 -10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak ,pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/70 mmHg, terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi.

Proses terjadinya : karena adanya luka post operasi, menyebabkan trauma jaringan akibat operasi yaitu terputusnya kontinuitas jaringan disekitar luka maka oleh saraf afferent, korteks serebri, kemudian dipersepsikan dan ditransfer kembali melalui saraf eferen ke perifer sehingga pasien merasa nyeri pada area luka.

Akibat bila tidak ditanggulangi Mediator nyeri antara lain histamin, serotonin, plasmakinin, prostaglandin, ion-ion kalium. Zat-zat ini merangsang reseptor- reseptor nyeri pada ujung saraf bebas di kulit, selaput lendir,dan jaringan, lalu dialirkan melalui saraf sensoris ke susunan syaraf pusat (SSP) melalui sumsum tulang belakang ke talamus dan ke pusat nyeri di otak besar

sehingga dirangsang sebagai nyeri. Nyeri dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien , nyeri dapat berubah menjadi nyeri kronis karena terjadi perubahan ekspresi dan saraf – saraf . Jika tidak tertangani dapat menyebabkan syok neurogenik.

b) Problem : Resiko infeksi

Faktor Resiko : Tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi).

Proses terjadinya : Dengan adanya luka pada organ terlebih lagi luka terbuka yang masih basah dan terpasangnya alat medis adalah media yang sangat baik bagi kuman untuk berkembang biak dan mengidentifikasi luka yang akan meperberat luka itu sendiri.

Akibat bila tidak ditanggulangi : terjadi infeksi sampai dengan syok sepsis sehingga menghambat proses penyembuhan luka.

c) Problem : Intoleransi aktivitas

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy).

Symptom : Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya

berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot

555	555
555	555

Proses terjadinya : Akibat pembedahan menyebabkan terjadinya trauma jaringan. Untuk proses penyembuhan trauma jaringan tadi, diperlukan energi yang lebih banyak yang dihasilkan melalui proses metabolisme dalam tubuh dan menghasilkan energi akan lebih difokuskan untuk proses penyembuhan luka. Sehingga untuk kebutuhan tubuh akan berkurang yang mengakibatkan terjadinya kelemahan/ penurunan kemampuan untuk beraktifitas.

Akibat bila tidak ditanggulangi : Menghambat penyembuhan luka karena kurangnya mobilisasi dan ADL pasien tidak terpenuhi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pre Operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder terhadap hernia ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak tidak meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70 mmHg, terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.

2) Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi ditandai dengan pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.

b. Post Operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi

inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 -10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/80 mmHg ,terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri.

2) Resiko infeksi dengan faktor resiko tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi).
3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga.

Kekuatan otot :

555	555
555	555

3. Perencanaan

a. Prioritas diagnosa keperawatan

Prioritas diognosa keperawatan dibuat berdasarkan berat ringannya masalah maka dapat diprioritaskan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1) Pre operasi
    a) Nyeri akut
    b) Ansietas
2) Post Operasi
    a) Nyeri akut
    b) Resiko infeksi
    c) Intoleransi aktifitas

b. Analisa Data

TABEL 1
ANALISA DATA KEPERAWATAN PASIEN WB
DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 25 APRIL 2016

No	Data Subyektif	Data Objektif	Kesimpulan
1	**2**	**3**	**4**
1.	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak	- Pasien tampak sedikit meringis - Pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit - Nadi : 84 x / menit - TD : 120/70 mmHg - Terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri	Nyeri akut
2.	- Pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya. - Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi	- Pasien tampak gelisah - Nadi 84 x / menit - TD : 120/70 mmHg	Ansietas

TABEL 2
ANALISA DATA KEPERAWATAN PASIEN WB
DENGAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 26 APRIL 2016

No	Data Subyektif	Data Objektif	Kesimpulan
1	**2**	**3**	**4**
1	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 - 10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak	- Pasien tampak meringis - Pasien tampak memegang bagian yang sakit - Nadi 80 x/menit - Terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri - TD : 120/80 mmHg	Nyeri Akut
2.		- Terdapat luka post operasi sepanjang 10 cm dengan 10 jahitan pada inguinal kanan dan kiri - Luka tertutup dengan gaas steril kering dan hipavix - Balutan tampak bersih - Terpasang infus IVFD RL (21 tpm) pada tangan kanan - Suhu 36,3 ^{0}C	Resiko infeksi
3	- Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas - Pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, dan baru mampu miring kiri - Pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga.	- Pasien tampak lemah - Pasien tampak berbaring di tempat tidur - Tampak ADL pasien seperti makan , minum , BAK dibantu oleh keluarga - Kekuatan otot : 555 | 555 555 | 555	Intoleransi aktivitas

c. Rumusan Masalah Keperawatan

Berdasarkan analisa data keperawatan di atas, maka dapat dirumuskan beberapa masalah yaitu :

1) Pre Operasi
   a) Nyeri akut
   b) Ansietas
2) Post Operasi
   a) Nyeri Akut
   b) Resiko infeksi
   c) Intoleransi aktivitas

c. Analisa Masalah

1) Pre Operasi
   a) Problem : Nyeri akut

      Etiologi : Spasme otot sekunder terhadap hernia

      Symptom : Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70

mmHg, terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.

Proses terjadinya : Karena adanya spasme otot sehingga terjadi jepitan cincin hernia dan akan menekan jaringan sekitarnya, maka oleh saraf afferent akan dibawa ke spinal cord, kemudian ke hipotalamus dan diinterpretasikan sebagai rasa nyeri.

Apabila bila tidak ditanggulangi : Mediator nyeri antara lain histamin, serotonin, plasmakinin, prostaglandin, ion-ion kalium. Zat-zat ini merangsang reseptor- reseptor nyeri pada ujung saraf bebas di kulit, selaput lendir,dan jaringan, lalu dialirkan melalui saraf sensoris ke susunan syaraf pusat (SSP) melalui sumsum tulang belakang ke talamus dan ke pusat nyeri di otak besar sehingga dirangsang sebagai nyeri. Nyeri dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien , nyeri dapat berubah menjadi nyeri kronis karena terjadi perubahan ekspresi dan saraf – saraf . Jika tidak tertangani dapat menyebabkan syok neurogenik.

2) Problem : Ansietas

Etiologi : Ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi

Symptom : Pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.

Proses terjadinya : karena adanya ancaman integritas biologis oleh karena tindakan pembedahan disertai pasien kurang mendapat informasi tentang penyakit, prognosa dan pengobatan sehingga pasien bertanya-tanya dan menjadi cemas.

Akibat bila tidak ditanggulangi : pasien tidak kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan dan tekanan darah pasien bisa tinggi sehingga menghambat jalannya operasi.

2) Post operasi.

a) Problem : Nyeri akut

Etiologi : Trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy)

Symptom : Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris –

iris, nyeri dirasakan pada area operasi, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 -10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak ,pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/70 mmHg, terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi.

Proses terjadinya : karena adanya luka post operasi, menyebabkan trauma jaringan akibat operasi yaitu terputusnya kontinuitas jaringan disekitar luka maka oleh saraf afferent, korteks serebri, kemudian dipersepsikan dan ditransfer kembali melalui saraf eferen ke perifer sehingga pasien merasa nyeri pada area luka.

Akibat bila tidak ditanggulangi Mediator nyeri antara lain histamin, serotonin, plasmakinin, prostaglandin, ion-ion kalium. Zat-zat ini merangsang reseptor- reseptor nyeri pada ujung saraf bebas di kulit, selaput lendir,dan jaringan, lalu dialirkan melalui saraf sensoris ke susunan syaraf pusat (SSP) melalui sumsum tulang belakang ke talamus dan ke pusat nyeri di otak besar

sehingga dirangsang sebagai nyeri. Nyeri dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien , nyeri dapat berubah menjadi nyeri kronis karena terjadi perubahan ekspresi dan saraf – saraf . Jika tidak tertangani dapat menyebabkan syok neurogenik.

b) Problem : Resiko infeksi

Faktor Resiko : Tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi).

Proses terjadinya : Dengan adanya luka pada organ terlebih lagi luka terbuka yang masih basah dan terpasangnya alat medis adalah media yang sangat baik bagi kuman untuk berkembang biak dan mengidentifikasi luka yang akan meperberat luka itu sendiri.

Akibat bila tidak ditanggulangi : terjadi infeksi sampai dengan syok sepsis sehingga menghambat proses penyembuhan luka.

c) Problem : Intoleransi aktivitas

Etiologi : Peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy).

Symptom : Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya

berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot

555	555
555	555

Proses terjadinya : Akibat pembedahan menyebabkan terjadinya trauma jaringan. Untuk proses penyembuhan trauma jaringan tadi, diperlukan energi yang lebih banyak yang dihasilkan melalui proses metabolisme dalam tubuh dan menghasilkan energi akan lebih difokuskan untuk proses penyembuhan luka. Sehingga untuk kebutuhan tubuh akan berkurang yang mengakibatkan terjadinya kelemahan/ penurunan kemampuan untuk beraktifitas.

Akibat bila tidak ditanggulangi : Menghambat penyembuhan luka karena kurangnya mobilisasi dan ADL pasien tidak terpenuhi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pre Operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder terhadap hernia ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak tidak meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70 mmHg, terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.

2) Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi ditandai dengan pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.

b. Post Operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien

mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 -10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/80 mmHg ,terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri.

2) Resiko infeksi dengan faktor resiko tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi).
3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga.

Kekuatan otot :

555	555
555	555

b. Rencana Keperawatan

TABEL 3
RENCANA KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN
HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 25 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Dx	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Senin, 25 April 2016 10.30 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder terhadap hernia ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 0-2 dari 0 – 10 skala yang diberikan 3. TTV dalam batas normal terutama Nadi dalam batas normal (60 – 80 x/mnt)	1. Observasi skala nyeri, catat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST) setiap 8 jam 2. Observasi vital sign tiap 8 jam 3. Berikan lingkungan yang tenang 4. Berikan posisi yang nyaman sesuai indikasi	1. Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar untuk perbandingan dan evaluasi terhadap terapi 2. Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan. 3. Tindakan ini dapat menurunkan ketidaknyamanan fisik dan emosional pasien 4. Tirah baring dalam posisi yang

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
	diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.	TD : 100/60 – 120/80 mmHg 4.Pasien tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit. 5. Nyeri tekan berkurang	(semi fowler) 5. Ajarkan pasien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi 6. Beri HE cara menanggulangi nyeri yang dirasakan pasien 7. Kolaborasi dalam pemberian analgetik	nyaman memungkinkan pasien untuk menurunkan spasme otot. 5.Memfokuskan perhatian pasien, membantu menurunkan tegangan otot, mengalihkan perhatian terhadap nyeri dan meningkatkan proses 6.Menambah pengetahuan pasien tentang cara menanggulangi nyeri 6. Analgetik berfungsi untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

Dilanjutkan

Lanjutkan

1	2	3	4	5
Senin, 25 April 2016 10.30 wita	Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi ditandai dengan pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit.	Setelah diberikan asuhan keperawatan 1 x 30 menit diharapkan mekanisme koping pasien adaptif dan konstruktif dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan tidak cemas lagi dengan keadaannya 2. Pasien tampak tenang 3. TTV dalam batas normal terutama Tekanan darah (100/60-120/80 mmHg) Nadi dalam batas normal (60-100x/ menit)	1. Observasi vital sign tiap 8 jam. 2. Kaji tingkat kecemasan pasien. 3. Berikan informasi yang akurat dan nyata tentang apa yang dilakukan misal : tirah baring, pembatasan masukan per oral, dan prosedur 4. Berikan lingkungan tenang	1. Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan 2. Membantu dalam mengidentifikasi kekuatan dan ketrampilan yang mungkin membantu pasien mengatasi keadaannya sekarang dan atau kemungkinan lain untuk memberikan bantuan yang sesuai 3. Memungkinkan pasien untuk membuat keputusan yang didasarkan atas pengetahuannya 4. Memindahkan pasien dari stress

Dilanjutkan

Lanjutkan

1	2	3	4	5
				dan istirahat relaksasi, membantu menurunkan ansietas
			5. Berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan masalah yang dihadapinya	5. Kebanyakan pasien mengalami masalah yang perlu untuk diungkapkan dan diberi respons dengan informasi yang akurat untuk meningkatkan koping terhadap situasi yang sedang dihadapinya.
			6. Beri HE tentang tindakan pengobatan hernia	6. Mengurangi kecemasan pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.

Dilanjutkan

TABEL 4
RENCANA KEPERAWATAN PASIEN WB
DENGAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 26 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Dx	Rencana Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
1	2	3	4	5
Post Operasi Selasa, 26 April 2016 16.30 wita	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi, skala nyeri 5 dari 0 - 10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis, nadi 80 x/menit, terdapat nyeri tekan pada	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 1-3 dari 0 – 10 skala yang diberikan 3. TTV dalam batas normal terutama Nadi dalam batas normal (60 – 80 x/mnt) TD : 100/60 – 120/80 mmHg 4. Pasien tidak	1. Observasi skala nyeri, catat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST) setiap 8 jam 2. Observasi vital sign tiap 8 jam 3. Berikan lingkungan yang tenang 4. Berikan posisi yang nyaman sesuai indikasi (semi fowler)	1. Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar untuk perbandingan dan evaluasi terhadap terapi 2. Dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan. 3. Tindakan ini dapat menurunkan ketidaknyamanan fisik dan emosional pasien 4. Tirah baring dalam posisi yang nyaman

Dilanjutkan

Lanjutan

	daerah luka post operasi inguinal kanan dan kiri.	meringis dan memegang bagian yang sakit 5. Nyeri tekan berkurang	5. Ajarkan pasien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi 6. Beri HE cara menanggulangi nyeri yang dirasakan pasien 7. Delegatif dalam pemberian ketorolac 3 x 30 mg melalui IV perset dan paracetamol tablet 3 x 500 mg melalui oral	memungkinkan pasien untuk menurunkan spasme otot. 5. Memfokuskan perhatian pasien, membantu menurunkan tegangan otot, mengalihkan perhatian terhadap nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan. 6. Menambah pengetahuan pasien tentang cara menanggulangi nyeri 7. Mengurangi nyeri yang dirasakan pasien Ketorolac merupakan obat analgetik. Paracetamol merupakan obat analgetik.

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
Selasa, 26 April 2016 16.30 Wita	Resiko infeksi dengan faktor resiko tempat masuknya mikroorganisme	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Mencapai waktu penyembuhan tidak mengalami tanda infeksi (kalor,rubor, dolor, tumor, fungsiolaesa) 2. TTV dalam batas normal terutama suhu (36,5 – 37,5°C) 3. WBC dalam batas normal (4,60-10,2 K/UL) 4. Balutan luka tampak bersih	1. Observasi tanda-tanda infeksi seperti kalor, rubor, dolor, tumor, fungsiolaesa 2. Observasi vital sign setiap 8 jam terutama suhu 3. Lakukan pencucian tangan yang baik dan rawat luka dengan tehnik aseptik. 4. Beri HE pada pasien agar menjaga area luka tetap bersih dan perawatan luka pasca operasi. 5. Kolaborasi dalam pemeriksaan darah lengkap terutama WBC	1. Mendeteksi dini terjadinya proses infeksi dan atau pengawasan penyembuhan luka. 2. Peningkatan suhu tubuh dapat menunjukkan terjadinya infeksi 3. Melindungi pasien dari kontaminasi silang selama perawatan luka 4. Mencegah terjadinya infeksi pada luka. 5. Peningkatan WBC diakibatkan oleh proses penyakit melibatkan imun dan peningkatan

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
			6. Delegatif dalam pemberian injeksi cefotaxime 3 x 1 gram melalui IV perset	resiko infeksi 6. Untuk mencegah terjadinya infeksi atau berikan profilaksis bila dicurigai terjadinya infeksi atau kontaminasi
Selasa, 26 April 2016 16.30 Wita	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kebutuhan sehari-hari dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan tidak merasa lemas 2. Pasien mengatakan tidak sulit bergerak 3. ADL pasien terpenuhi secara mandiri 4. Pasien mampu makan, minum, mandi (dilap), BAB, BAK dan	1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas 2. Berikan lingkungan yang tenang dan periode istirahat tanpa gangguan 3. Dorong pasien untuk melakukan latihan gerak dengan bertahap	1. Mengetahui perkembangan pasien dalam beraktifitas. 2. Menghemat energi untuk ekfektivitas dan regenerasi seluler / penyembuhan jaringan 3. Mobilisasi diri menurunkan komplikasi tirah baring dan meningkatkan pertumbuhan dan normalisasi fungsi organ.

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
	oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga.	berpakaian secara mandiri. 5. Pasien dapat melakukan mobilisasi secara bertahap 6. Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555	4. Bantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan bertahap seperti miring kanan, kiri, duduk, dan jalan-jalan, makan, minum, mandi (dilap), BAB, BAK dan berpakaian. 5. Beri HE pada keluarga untuk selalu memberikan dukungan dan motivasi pada pasien dalam melakukan latihan gerak 6. Evaluasi laporan kelemahan, perhatikan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas sehari-hari	**4.** Meningkatkan atau mempertahankan kekuatan otot dan stamina umum. 5. Pasien termotivasi dan menambah semangat untuk berusaha melakukan latihan gerak. 6. Mengetahui keadekuatan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Dilanjutkan

4. Pelaksanaan

TABEL 5
PELAKSANAAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN
HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)
DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGAL 25 - 28 APRIL 2016

Hari/tgl/jam	DX	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	**2**	**3**	**4**	**5**
Pre Operasi Senin, 25 April 2016 11.00 wita		Melaksanakan tindakan delegatif untuk pemasangan IVFD RL 24 tetes /menit	IVFD sudah dipasang pada tangan kanan dengan jumlah tetesan 24 tetes/menit, tetesan lancar	Perawat
11.30 Wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/70 mmHg Nadi : 84 x/menit Suhu : 36,8 ^{0}C Respirasi : 20 x/menit	Perawat
13.30 Wita	1	Mengobservasi skala nyeri, lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST)	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakitnya, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak , terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri , pasien tampak sedikit meringis dan tidak memegang bagian yang sakit	Tasya
13.45 Wita	1	Memberi HE tentang cara menanggulangi nyeri yang dirasakan	Pasien mengerti dan bersedia melakukan HE yang diberikan	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
14.00 Wita	1	Mengajarkan pasien tehnik distraksi dengan cara mengobrol	Pasien mengatakan nyeri berkurang	Tasya
14.15 Wita	1	Mengajarkan tehnik relaksasi seperti nafas dalam	Pasien kooperatif dan mampu melaksanakannya	Tasya
15.00 Wita		Melaksanakan pencukuran pada area genetalia	Pencukuran telah dilakukan, area yang akan dioperasi tampak bersih	Perawat
16.00 Wita	1,2	Mengobservasi vital sign	S : 36,3°C , TD : 110/70 mmHg, N : 82x/mnt RR : 20x/mnt	Tasya
17.05 Wita	2	Mengkaji tingkat kecemasan pasien	Pasien mengatakan masih khawatir dengan kedaannya, pasien tampak gelisah	Tasya
17.10 Wita	2	Memberi kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan masalah yang dihadapinya	Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi	Tasya
17.15 wita	2	Memberikan HE tentang tindakan pengobatan hernia	Pasien mengerti dengan HE yang diberikan	Tasya
17.20 wita	2	Memberikan informasi yang akurat dan nyata tentang apa yang dilakukan seperti pembatasan masukan peroral dan prosedur (inform consent)	Pasien mengerti dengan informasi yang diberikan	Tasya
17.30 wita	2	Mengkaji tingkat kecemasan pasien	Pasien mengatakan tidak cemas lagi dengan keadaannya	Tasya
17.35 wita	2	Memberikan lingkungan tenang dan istirahat	Lingkungan sudah tenang, pasien tampak tenang dan mengatakan akan istirahat	Tasya
18.00 wita	1	Memberi posisi yang nyaman seperti semi fowler	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
18.55 wita	1	Mengobservasi skala nyeri, catat lokasi,kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST)	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak , terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri , pasien tampak sediit meringis dan tidak memegang bagian yang sakit	Tasya
20.00 wita	1	Memberi lingkungan yang tenang dengan cara membatasi pengunjung	Pasien ditemani oleh seorang penunggu saja (anaknya)	Tasya
20.00 wita	1	Mengajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam	Pasien kooperatif dan mampu melasanakannya	Perawat
Selasa, 26 April 2016				
04.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit	Perawat
05.30 wita	1	Mengobservasi skala nyeri, catat lokasi,kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST)	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak , nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang , pasien tampak tidak meringis dan tidak memegang bagian	Perawat

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
			yang sakit	
06.30 wita		Melaksanakan test senstivitas terhadap antibiotik cefotaxime melalui IC	Obat sudah masuk	Perawat
06.45 wita		Mengobservasi tanda-tanda alergi obat	Tidak ada tanda-tanda alergi obat	Perawat
06.50 wita		Memberi injeksi cefotaxime 2 gram (IV perset)	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada.	Perawat
08.00 wita	1	Memberikan lingkungan yang tenang	Pasien hanya ditemani oleh anaknya	Perawat
09.00 wita	1	Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)	Pasien tampak nyaman dengan posisi yang diberikan	Perawat
10.30 wita		Mengantar pasien ke ruang operasi	Pasien diantar ke ruang operasi menggunakan kursi roda	Perawat
Post Operasi 12.00 wita		Menjemput pasien di ruang operasi	Pasien dijemput menggunakan brankard dan dibawa ke ruang A	Tasya
12.10 wita		Menerima pasien di ruang A (Bedah)	Pasien tiba di ruang A dan di rawat inap di kamar D TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,3°C RR : 20 x/menit	Tasya
13.00 wita	3	Memberikan lingkungan yang tenang dan istirahat tanpa gangguan dengan membatasi pengunjung	Pasien mampu istirahat tanpa gangguan	Tasya
16.00 wita	1	Mengobservasi skala nyeri, catat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST)	Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
			bergerak, pasien tampak meringis, terdapat nyeri tekan pada area operasi inguinal kanan dan kiri	
16.10 wita	1	Memberikan lingkungan yang tenang	Pasien ditemani oleh anaknya saja	Tasya
16.20 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36,4°C RR : 20 x/menit	Tasya
16.30 wita	1	Memberikan HE tentang cara menanggulangi nyeri	Pasien mengerti dan bersedia melakukan HE yang diberikan	Tasya
16.45 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif dalam pemberian - Cefotaxime 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Tasya
17.10 wita	1	Mengajarkan teknik distraksi (mengobrol) dan relaksasi (nafas dalam)	Pasien kooperatif dan mau melakukannya	Tasya
17.20 wita	3	Mengevaluasi ulang tingkat ketergantungan, memperhatikan ketidakmampuan untuk partisipasi dalam beraktifitas	Pasien masih tampak lemah dan belum mampu beraktifitas	Tasya
18.00 wita	3	Membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan dan minum)	Pasien makan dan minum dibantu oleh anaknya, pasien makan bubur saring ½ porsi dan minum ½ gelas (± 100cc)	Tasya
19.00 wita	3	Memberi dorongan pada pasien untuk melakukan latihan gerak dengan	Pasien mengatakan sudah bisa miring kiri	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
		bertahap seperti miring kanan dan kiri		
19.10 wita	3	Memberi HE kepada keluarga untuk selalu memberi dukungan dan memotivasi pasien dalam melakukan rentang gerak tentang aktivitas dan mobilisasi pasca operasi	Keluarga mengatakan akan melakukannya dan pasien akan berusaha untuk bergerak secara bertahap	Tasya
19.10 wita	2	Memberi HE pada pasien agar menjaga area luka tetap bersih dan cara merawat luka pasca operasi	Pasien mengerti dan bersedia melaksanakan HE yang diberikan	Tasya
19.30 wita	1	Mengajarkan tehnik relaksasi (nafas dalam)	Pasien kooperatif dan mau melakukannya	Tasya
19.40 wita	2	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi di sekitar luka, balutan luka bersih dan kering	Tasya
22.00 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif dalam pemberian - Cefotaxime 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Perawat
Rabu 27 April 2016				
04.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit	Perawat
06.00 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif	Obat sudah masuk, alergi tidak ada	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
		dalam pemberian - Cefotaxime 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)		
07.00 wita	3	Membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan bubur minum, BAK, BAB, mandi (dilap), berpakaian)	Pasien dibantu oleh anaknya dalam BAK, BAB, dilap dan berpakaian, pasien makan 1 porsi dan minum 1 gelas (± 200cc)	Perawat
08.10 wita	1	Memberikan posisi yang nyaman (semi fowler)	Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi fowler	Tasya
08.20 wita	1	Mengajarkan tehnik distraksi (mengobrol) dan relaksasi (nafas dalam)	Pasien kooperatif dan mau melakukannya	Tasya
08.30 wita	3	Menganjurkan pasien untuk mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk, berdiri)	Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri, dan duduk di tempat tidur Pasien mengatakan masih sedikit lemas dan sudah bisa bergerak dan berjalan di sekitar ruangan seperti ke kamar mandi , pasien belum mampu memenuhi ADLnya secara mandiri, pasien sudah bisa sedikit mobilisasi secara bertahap.	Tasya
10.00 Wita	3	Mengevaluasi ulang tingkat ketergantungan, memperhatikan ketidakmampuan untuk partisipasi dalam beraktifitas	Pasien mengatakan belum mampu memenuhi kebutuhan sehari – hari secara mandiri seperti makan, minum, BAK, BAB, mandi (dilap) dan berpakaian.Kekuatan otot : 555 | 555 555 | 555	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
10.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit	Tasya
13.00 wita	1	Mengobservasi skala nyeri, mencatat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri	Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya berkurang, nyeri disebabkan karena pembedahan, dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area post operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 4 (nyeri sedang) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak, pasien sedikit meringis dan terkadang memegang bagian yang sakit, nyeri tekan pada luka post operasi inguinal kanan dan kiri berkurang.	Tasya
15.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,2°C RR : 20 x/menit	Tasya
15.00 wita	2	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	Balutan luka bersih dan kering, tidak ada kemerahan dan bengkak di sekitar balutan luka.	Tasya
16.00 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif dalam pemberian - Cefotaxim 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Tasya
18.00 wita	3	Membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari (BAK, BAB, mandi (dilap), berpakaian, makan	Pasien dibantu oleh anaknya dalam BAK, BAB, dilap dan berpakaian, pasien makan 1 porsi dan minum 1 gelas (± 200cc)	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
		bubur dan minum		
23.00 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif dalam pemberian - Cefotaxim 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)	Obat sudah masuk, reaksi alergi tidak ada	Perawat
Kamis 28 April 2016 04.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit	Perawat
06.00 wita	1,2	Melaksanakan tindakan delegatif dalam pemberian - Cefotaxime 1 gram (IV perset) - Ketorolac 30 mg (IV perset) - Paracetamol tablet 500 mg (oral)	Obat sudah masuk, alergi tidak ada	Tasya
07.00 wita	3	Membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari (makan bubur dan minum, BAK, BAB,mandi (dilap), berpakaian)	Pasien mampu makan dan minum sendiri, pasien makan 1 porsi dan minum 1 gelas (± 200cc) Pasien mampu BAK, BAB, lap dan berpakaian sendiri. Pasien dapat melakukan mobilisasi secara bertahap.	Tasya
08.30 wita	3	Menganjurkan pasien untuk mobilisasi secara bertahap (miring kanan dan kiri, duduk, berdiri)	Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri, dan duduk di tempat tidur	Tasya
08.45 wita	2	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi , balutan luka bersih dan kering, tidak ada kemerahan di sekitar balutan	Tasya
09.00 wita	2	Merawat luka dengan tindakan	Terdapat luka post operasi pada inguinal kanan dan	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
		aseptik	kiri sepanjang 10 cm dengan 10 jahitan, luka tertutup dengan gaas kering dan hipavix, luka sudah terawat, balutan sudah diganti	
10.30 wita	1	Memberikan lingkungan yang tenang (membatasi pengunjung)	Pasien hanya ditemani anaknya	Tasya
10.40 wita	1,2	Mengobservasi vital sign	TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,5°C RR : 20 x/menit	Tasya
10.50 wita	1	Mengobservasi skala nyeri, mencatat lokasi, kualitas dan karakteristik nyeri (PQRST)	Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya berkurang, nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area post operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak, pasien tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit, nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang	Tasya
12.00 wita	3	Mengevaluasi ulang laporan kelemahan, memperhatikan ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas	Pasien mengatakan sudah tidak merasakan lemas,pasien mengatakan tidak sulit bergerak, pasien sudah mampu memenuhi ADLnya secara mandiri, pasien sudah bisa mobilisasi secara bertahap, pasien mampu makan, minum, mandi, BAK ,BAB, berpakaian secara mandiri	Tasya

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3	4	5
13.30 wita	3	Menganjurkan pasien untuk mobilisasi secara bertahap (berdiri, berjalan)	Pasien mengatakan sudah bisa berjalan-jalan di sekitar ruangan seperti ke kamar mandi, sudah bisa miring kanan , kiri	Tasya
15.00 wita	2	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, balutan luka bersih dan kering, tidak ada kemerahan di sekitar balutan	Tasya
15.30 wita	2	Memberi HE pada pasien agar menjaga area luka tetap bersih dan cara merawat luka pasca operasi	Pasien mengerti dan bersedia melaksanakan HE yang diberikan	Tasya
16.00 wita	3	Kaji tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas	Pasien mengatakan sudah tidak lemas lagi Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555	Tasya

TABEL 6
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN WB DENGAN
HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 25 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	**2**	**3**
Senin 25 April 2016 18.00 Wita	Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi ditandai dengan pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.	S : Pasien mengatakan tidak cemas lagi dengan keadaannya. O : - Pasien tampak tenang - TD : 110/70 mmHg - N : 82x/mnt A : Tujuan 1, 2 dan 3 tercapai. Masalah teratasi P : Pertahankan kondisi pasien.

TABEL 7
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 26 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Pre Operasi Selasa 26 April 2016 11.30 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder terhadap hernia ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70 mmHg , terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri disebabkan karena hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak. O :- Pasien tampak tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit. - Nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang - N : 84 x/mnt - TD : 120/80 mmHg A : Tujuan 1,2,3,4 dan 5 tercapai. Masalah teratasi. P : Pertahankan kondisi pasien

TABEL 8
CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN WB DENGAN
POST HERNIOTOMI HARI KE – 0
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 27 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Post Operasi Rabu 27 April 2016 17.00 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 - 10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/80 mmHg ,terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi pada ingunal kanan dan kiri.	S : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya berkurang, nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area post operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 4 (nyeri sedang) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak. O : - Pasien sedikit meringis dan terkadang memegang bagian yang sakit - Nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang - Nadi 80 x/menit - TD : 120/80 mmHg A : Tujuan 1, 3 dan 5 tercapai. Tujuan 2 dan 4 belum tercapai. Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan rencana keperawatan nomor 1,2,3,4,5,6 dan 7.
Rabu 27 April 2016 17.00 Wita	Resiko infeksi dengan faktor resiko tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi)	S : - O : - Tidak ada kemerahan dan bengkak di sekitar luka - Balutan luka tampak bersih dan kering - S : 36,5°C A : Tujuan 1, 2 dan 4 tercapai.

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3
		Tujuan 3 belum tercapai. Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan rencana keperawatan nomor 1,2,3,4,dan 5.
Rabu 27 April 2016 17.00 Wita	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555	S :- Pasien mengatakan masih sedikit lemas. - Pasien mengatakan tidak sulit bergerak dan sudah bisa berjalan di sekitar ruangan seperti ke kamar mandi dan mampu miring kanan dan kiri. - Pasien mengatakan belum mampu memenuhi kebutuhan sehari – hari secara mandiri seperti makan, minum, BAK, BAB, mandi(dilap) dan berpakaian. O :- Pasien tampak sedikit lemah. -Pasien belum mampu memenuhi ADLnya secara mandiri, tampak masih dibantu anaknya. -Pasien sudah bisa mobilIsasi secara bertahap. Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555 A : Tujuan 2,5 dan 6 tercapai. Tujuan 1,3 dan 4 belum tercapai. Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan rencana keperawatan nomor 1,2,3,4,5 dan 6.

5. Evaluasi

TABEL 9
EVALUASI KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 25 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Senin 25 April 2016 18.00 Wita	Ansietas berhubungan dengan ancaman aktual atau persepsi ancaman terhadap integritas biologis sekunder akibat hospitalisasi ditandai dengan pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak gelisah, nadi 84 x / menit, TD : 120/70 mmHg.	S : Pasien mengatakan tidak cemas lagi dengan keadaannya. O : - Pasien tampak tenang - TD : 110/70 mmHg - N : 82x/mnt A : Tujuan 1, 2 dan 3 tercapai. Masalah teratasi P : Pertahankan kondisi pasien.

TABEL 10
EVALUASI KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG TANGGAL 26 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Pre Operasi Selasa 26 April 2016 11.30 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder terhadap hernia ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak. Pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70 mmHg , terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri.	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, nyeri disebabkan karena hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak. O :- Pasien tampak tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit. - Nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang - N : 84 x/mnt - TD : 120/80 mmHg A : Tujuan 1,2,3,4 dan 5 tercapai, Masalah teratasi. P : Pertahankan kondisi pasien

TABEL 11
EVALUASI KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN
POST HERNIOTOMI HARI KE - 1
DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG
TANGGAL 28 APRIL 2016

Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
Post Operasi Kamis 28 April 2016 17.00 Wita	Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot refleks akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 - 10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak meringis dan memegang bagian yang sakit, nadi 80 x/menit, TD : 120/80 mmHg ,terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi pada ingunal kanan dan kiri.	S : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya berkurang, nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area post operasi inguinal kanan dan kiri, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, nyeri bertambah saat bergerak. O : - Pasien tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit - Nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang - Nadi 80 x/menit - TD : 120/80 mmHg A : Tujuan 1, 2, 3, 4,5 tercapai. Masalah teratasi. P : Pertahankan kondisi pasien.
Kamis 28 April 2016 17.00 Wita	Resiko infeksi dengan faktor tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (herniotomi)	S : - O : -Tidak ada tanda-tanda infeksi. -Balutan luka tampak bersih dan kering - S : 36,2°C A : Tujuan 1, 2 dan 4 tercapai. Tujuan 3 belum tercapai, Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan rencana keperawatan nomor 5.

Dilanjutkan

Lanjutan

1	2	3
Kamis 28 April 2016 17.00 Wita	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat operasi (herniotomy) ditandai dengan pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga. Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555	S :- Pasien mengatakan sudah tidak merasakan lemas. - Pasien mengatakan tidak sulit bergerak dan sudah bisa berjalan di sekitar ruangan seperti ke kamar mandi. - Pasien mengatakan sudah mampu memenuhi kebutuhan sehari – hari secara mandiri seperti makan, minum, BAK, BAB, mandi(dilap) dan berpakaian. O :- Pasien tidak tampak lemah - Pasien sudah mampu memenuhi ADLnya secara mandiri. -Pasien sudah bisa mobilsasi secara bertahap. Kekuatan otot 555 | 555 555 | 555 A : Tujuan 1, 2, 3, 4,5 dan 6 tercapai. Masalah teratasi. P : Pertahankan kondisi pasien.

BAB III

PEMBAHASAN

Berdasarkan atas uraian yang telah dipaparkan dalam bab II yang memuat tentang tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang nyata ditemukan di ruangan, maka dalam bab berikut ini akan dibahas tentang beberapa kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kenyataan yang ditemukan pada kasus dan dibahas secara bertahap sesuai dengan tahapan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan yang dilakukan pada pasien WB melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi keperawatan. Dari data pre operasi pada tinjauan teori muncul data subjektif pasien mengatakan ada benjolan di lipatan paha, pasien mengatakan nyeri pada lipatan paha, pasien mengatakan mual dan muntah, pasien mengatakan susah buang air besar, pasien mengatakan cemas dan khawatir dengan keadaannya sekarang dan data objektif teraba ada benjolan pada lipatan paha, pasien meringis, pasien mual, muntah dan anoreksia, perut kembung, terdapat skibala dan pasien gelisah. Pada pengumpulan data yang dilaksanakan pada pasien WB secara umum tanda dan gejala pada kasus hampir sesuai dengan teori, pada data pre operasi secara umum data-data pada kasus antara lain pasien mengatakan nyeri disebabkan karena penyakit hernia, nyeri dirasakan seperti terbakar, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah sampai lipatan paha kanan dan kiri,

skala nyeri 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak, pasien tampak sedikit meringis, pasien tampak tidak memegang bagian yang sakit, nadi : 84 x / menit , TD : 120/70 mmHg, terdapat nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri, pasien mengatakan khawatir dengan keadaannya, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi dan pasien tampak gelisah.

Namun ada data yang tidak ada pada pasien yaitu pasien mengatakan sulit buang air besar, perut kembung, penurunan bising usus, terdapat skibala karena pasien mengatakan sudah BAB 1 kali tadi pagi dan pada pemerikasaan fisik di abdomen peristaltik usus 8 kali/menit, tidak ada skibala dan perut tidak kembung. Perut kembung terjadi ketika terdapat gas yang berlebihan pada saluran percernaan yaitu pada lambung dan usus, gas tersebut akan dikeluarkan melalui flatus dan sendawa sedangkan pada pasien WB mengatakan BAB pasien lancar dan itu menandakan bahwa pengeluaran gas pasien melalui flatus juga lancar sehingga tidak terjadi perut kembung, penurunan bising usus, skibala dan sulit buang air besar.

Data lain yang tidak ditemukan pada pasien yaitu pasien mengatakan mual dan muntah, mual dan muntah baru timbul apabila telah terjadi strangulasi atau penyumbatan dan pendarahan pada usus sedangkan pada pasien WB tidak terjadi strangulasi pada penyakit hernia yang diderita pasien karena tidak adanya tanda-tanda obstruksi pada saluran pencernaan pasien, strangulasi terjadi jika hernia sudah mengalami komplikasi (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012 : 157).

Dari data post operasi pada tinjauan teori muncul data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pasien mengatakan susah bergerak, pasien mengatakan sulit buang air besar, pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien mengatakan mual dan mutah, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan ADL dibantu keluarga dan perawat, pasien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya. Data objektif yang ada pada teori yaitu terdapat luka pembedahan, luka masih basah, pasien meringis, terdapat skibala, nafsu makan pasien menurun, pasien mual dan muntah, pasien terbaring di tempat tidur, pasien lemah, dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dibantu keluarga dan perawat, mukosa bibir kering, turgor kulit kurang elastis.

Pengkajian pada pasien WB, pada data post operasi secara umum data-data pada kasus antara lain pasien mengatakan nyeri disebabkan karena pembedahan, nyeri dirasakan seperti diiris – iris, nyeri dirasakan pada area operasi, skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari 0 -10 skala yang diberikan, nyeri bertambah saat pasien bergerak ,pasien tampak meringis, nadi 80 x/menit, TD : 120/70 mmHg, suhu 36,3 ^{0}C,terdapat nyeri tekan pada daerah luka post operasi, terdapat luka post operasi sepanjang 10 cm dengan 10 jahitan pada inguinal kanan dan kiri, luka tertutup dengan gaas steril kering dan hipavix, balutan tampak bersih, terpasang infus IVFD RL (21 tpm) pada tangan kanan, pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena masih lemas, pasien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur dan baru mampu miring kiri, pasien mengatakan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan,

minum dan BAK masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ADL pasien seperti makan, minum, BAK dibantu oleh keluarga.

Data yang tidak ditemukan pada kasus yaitu pasien mengatakan sulit buang air besar dan terdapat skibala. Hal ini disebabkan karena 6 jam setelah operasi pasien sudah bisa flatus dengan peristaltik usus 7x/menit serta skibala tidak teraba karena pasien belum BAB baru 1 hari saja. Pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien mengatakan mual dan muntah tidak ditemukan pada kasus karena pada saat pengkajian pasien masih puasa makan dan baru diizinkan makan bubur saring pukul 18.00 wita, pasien hanya baru boleh minum sedikit-sedikit dan sudah minum ½ gelas dan tidak merasa mual saat minum sehingga tidak terjadi penurunan nafsu makan pada pasien. Pada kasus penulis tidak menemukan data mual, muntah, turgor kulit kurang elastis dan mukosa bibir kering karena pasien sudah boleh minum sedikit-sedikit dan sudah minum ½ gelas dan tidak merasa mual saat minum, dibuktikan dengan pemeriksaan fisik turgor kulit elastis. Data lain yang tidak ditemukan yaitu pasien kurang mengerti tentang penyakitnya karena pasien sudah mengetahui informasi tentang penyakitnya dari dokter dan temannya.

Pada saat pengkajian post operasi penulis mendapatkan hambatan di mana pada saat post operasi pukul 12.00 wita, penulis tidak di izinkan untuk mengkaji oleh keluarga, karena keadaan pasien masih lemah dan baru diizinkan pukul 16.00 wita. Dalam melakukan pengkajian untuk

mendapatkan data-data yang maksimal yang diperlukan dalam pembuatan kasus ini, penulis tidak mendapatkan hambatan yang cukup berarti karena pasien dan keluarga sangat kooperatif dengan penulis, sehingga pengambilan data berjalan lancar.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dari proses keperawatan, tanda gejala yang diperoleh pada pengkajian dapat menunjang 2 diagnosa dari 4 diagnosa yang terdapat pada konsep teori pada pre operatif yaitu nyeri akut dan ansietas sedangkan 2 masalah berikutnya tidak muncul pada kasus antara lain ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena pasien tidak mengalami masalah dalam asupan oral dan mual muntah, makan dan minum pasien dapat terpenuhi dengan baik hal ini dibuktikan pada pengkajian makan pasien mengatakan makan 2 kali dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur dari tadi pagi. Konstipasi tidak muncul pada pasien karena pasien mengatakan tidak mengalami masalah ketika BAB dan sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan sudah BAB 1 kali pada pagi harinya, hal ini dibuktikan pada pemerikasaan fisik di abdomen peristaltik usus 8 kali/menit, tidak ada skibala dan perut tidak kembung,

Pada pengkajian post operatif diperoleh 3 diagnosa dari 7 diagnosa yang terdapat pada konsep teori post operatif yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan intoleransi aktifitas sedangkan 4 masalah berikutnya tidak ditemukan pada kasus antara lain ketidakseimbangan nutrisi kurang dari

kebutuhan tubuh tidak muncul pada pasien karena pasien tidak mengalami masalah dalam asupan oral setelah operasi hal ini dibuktikan tidak ditemukannya data pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien mengatakan mual muntah karena pasien masih puasa makan dan baru diizinkan makan pukul 18.00 wita, pasien hanya diperbolehkan minum sedikit – sedikit, pasien sudah minum ½ gelas dan tidak merasa mual saat minum sehingga tidak terjadi penurunan nafsu makan pada pasien. Konstipasi tidak ditemukan pada pasien karena 6 jam setelah operasi pasien sudah bisa flatus dengan peristaltik usus 7 x/menit serta skibala tidak teraba karena pasien belum BAB baru 1 kali saja.

Diagnosa resiko tinggi kekurangan volume cairan tidak ditemukan dibuktikan dengan tidak ditemukannya data mual, muntah, turgor kulit kurang elastis dan mukosa bibir kering karena pasien sudah diperbolehkan minum sedikit-sedikit, pasien sudah minum ½ gelas dan saat minum pasien tidak merasakan mual**,** dibuktikan juga dengan pemeriksaan fisik turgor kulit elastis. Defisiensi pengetahuan tidak muncul pada pasien, hal ini dibuktikan dengan tidak ditemukannya data pasien kurang mengerti tentang perawatannya karena pasien sudah mengetahui informasi tentang penyakitnya dari dokter dan temannya.

C. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga pada proses keperawatan. Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan memprioritaskan masalah keperawatan dan menentukan rencana tindakan

keperawatan, dimana dalam menentukan prioritas masalah keperawatan penulis sudah disesuaikan dengan teori yaitu keluhan yang dirasakan pasien. Pada pre operasi masalah keperawatan nyeri akut dijadikan prioritas pertama karena skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 3 (nyeri ringan) dari 0-10 skala nyeri yang diberikan karena jika tidak di tanggulangi nyeri akan bertambah dan akan menggangu kenyamana pasien hingga menyebabkan istirahat dan tidur pasien terganggu. Ansietas dijadikan prioritas kedua karena masalah ini dapat teratasi dalam waktu yang singkat dengan memberikan HE dan memberikan dukungan kepada pasien.

Langkah selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan, pada pre operasi untuk rencana tindakan pada diagnosa nyeri akut semua intervensi yang terdapat pada konsep teori dapat digunakan pada kasus pasien WB. Pada ansietas semua intervensi yang terdapat pada kosep teori secara umum rencana tindakan pada kasus sudah sesuai dengan konsep teori dapat digunakan pada kasus pasien WB .

Pada post operasi dilihat dari keluhan yang dirasakan pasien, nyeri akut menjadi prioritas utama karena nyeri yang dirasakan oleh pasien termasuk skala nyeri sedang (skala 5) jika tidak di tanggulangi akan menggangu kenyamana pasien hingga menyebabkan istirahat dan tidur pasien terganggu serta dapat menyebabkan syok neurogenik, prioritas kedua yaitu resiko infeksi karena terdapat luka post operasi pada inguinal kanan serta terpasang alat-alat medis seperti infus yang merupakan media masuknya kuman. Prioritas ke-3 adalah intoleransi aktifitas karena dalam memenuhi

kebutuhan ADLnya pasien dibantu oleh keluarga. Masalah ini dijadikan sebagai prioritas terakhir karena kebutuhan ADL pasien masih bisa terpenuhi.

Rencana tindakan pada post operasi untuk diagnosa nyeri akut semua intervensi pada konsep teori dapat digunakan pada kasus pasien WB, rencana tindakan pada diagnosa resiko infeksi semua intervensi yang terdapat pada kosep teori secara umum rencana tindakan pada kasus sudah sesuai dengan konsep teori dapat digunakan pada kasus pasien WB dan rencana tindakan pada diagnosa intoleransi aktifitas semua intervensi yang terdapat pada kosep teori secara umum rencana tindakan pada kasus sudah sesuai dengan konsep teori dapat digunakan pada kasus pasien WB.

Kendala yang ditemukan penulis saat perencanaan adalah dalam menentukan rencana tindakan karena kurangnya buku sumber tentang asuhan keperawatan pasien dengan hernia dan post herniotomi, sehingga penulis mempergunakan teori umum tentang asuhan keperawatan pre dan post operasi yang dihubungkan dengan keadaan pasien.

D. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dan merupakan realisasi dari rencana yang telah dibuat. Pelaksanaan pre operasi untuk diagnosa nyeri akut sebagian besar rencana tindakan dapat dilaksanakan pada kasus tetapi untuk tindakan mengobservasi tanda-tanda vital setiap 8 jam tidak dapat dilakukan sesuai dengan konsep teori karena tindakan tersebut disesuaikan dengan kondisi diruangan dan pada tindakan mengkolaborasikan pemberian analgetik tidak dilakukan karena pasien

masih mampu mengontrol nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi sehingga dokter tidak memberikan saran dalam pemberian analgetik. Pada diagnosa ansietas semua rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada kasus dapat dilaksanakan pada kasus tetapi untuk tindakan mengobservasi tanda-tanda vital setiap 8 jam tidak dapat dilakukan sesuai dengan konsep teori karena tindakan tersebut disesuaikan dengan kondisi diruangan.

Pelaksanaan post operasi untuk diagnosa nyeri akut, semua rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada kasus dapat dilaksanakan tetapi untuk tindakan mengobservasi tanda-tanda vital setiap 8 jam tidak dapat dilakukan sesuai dengan konsep teori karena tindakan tersebut disesuaikan dengan kondisi diruangan. Pada diagnosa resiko infeksi sebagian besar rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada kasus dapat dilaksanakan tetapi untuk tindakan mengobservasi tanda-tanda vital setiap 8 jam tidak dapat dilakukan sesuai dengan konsep teori karena tindakan tersebut disesuaikan dengan kondisi diruangan dan tindakan kolaborasi dalam pemeriksaan darah lengkap terutama WBC penulis tidak dapat melaksanakannya karena secara klinis keadaan fisik dan tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsiolaesa) tidak ditemukan pada pasien sehingga tidak ada intruksi dari dokter untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap terutama WBC. Sedangkan pada diagnosa intoleransi aktifitas semua rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada kasus dapat dilaksanakan.

Ada beberapa pelaksanaan pada kasus yang dibuat tetapi tidak terdapat dalam rencana keperawatan pada teori dan kasus yaitu melaksanakan tindakan delegatif untuk pemasangan IVFD RL 24 tetes/menit, melaksanakan pencukuran pada area genetalia, melaksanakan test sensitivitas terhadap antibiotik cefotaxime melalui IC, mengobservasi tanda – tanda alergi dan memberi injeksi cefotaxime 2 gram. Tindakan tersebut penulis buat dalam pelaksanaan karena tindakan tersebut dilakukan di ruangan dan merupakan prosedur pada pasien pre operasi serta tertulis di dalam ceklyst pre operasi. Tindakan lain pada kasus yang juga dibuat tetapi tidak terdapat dalam rencana keperawatan pada teori dan kasus yaitu mengantar pasien ke ruang operasi, menjemput pasien di ruang operasi dan menerima pasien di ruang A (Bedah) karena tindakan tersebut merupakan prosedur operasi yaitu operan pasien dengan petugas OK dan operan pasien dengan petugas ruangan yang juga tertulis di dalam ceklyst pre operasi.

Untuk tindakan yang lain sudah dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan pada rencana keperawatan. Hal ini didukung oleh adanya kerja sama yang baik antara penulis, mahasiswa praktek, perawat dan tim kesehatan lainnya serta pasien dan keluarga yang cukup kooperatif.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan. Pada pre operasi dari dua masalah keperawatan yang dirumuskan, kedua masalah tersebut sudah tercapai sesuai dengan kriteria hasil, untuk masalah

keperawatan ansietas setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 30 menit sudah dapat teratasi, hal ini dapat dibuktikan dengan tercapainya kriteria hasil seperti pasien mengatakan tidak cemas dengan keadaannya, pasien tampak tenang, tekanan darah : 120/80 mmHg dan nadi :80 x/menit. Masalah nyeri akut setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam dapat teratasi karena hasil evaluasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, pasien tampak tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit, nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang, nadi 84 x/mnt dan tekanan darah 120/80 mmHg.

Evaluasi post operasi terhadap masalah keperawatan yang muncul antara lain nyeri akut, resiko infeksi dan intoleransi aktifitas sudah sesuai dengan kriteria waktu yang telah dibuat, dimana pada rencana keperawatan dibuat kriteria waktu selama 2 x 24 jam. Dari tiga masalah keperawatan yang muncul pada kasus, dua masalah teratasi yaitu nyeri akut dan intoleransi aktifitas. Nyeri akut dapat dibuktikan dengan tercapainya kriteria hasil seperti pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan) dari 0-10 yang diberikan, pasien tidak meringis dan tidak memegang bagian yang sakit, nyeri tekan pada inguinal kanan dan kiri berkurang, nadi 80 x/menit dan tekanan darah 120/80 mmHg.

Masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi yang dibuktikan dengan tercapainya kriteria hasil seperti pasien mengatakan tidak merasa lemas, pasien mengatakan tidak sulit bergerak, ADL pasien terpenuhi, pasien

mampu makan, minum, mandi (dilap), BAB, BAK dan berpakaian secara mandiri serta pasien dapat melakukan mobilisasi secara bertahap, kekuatan otot

555	555
555	555

Sedangkan masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi karena ada rencana tindakan yang tidak dapat terlaksana yaitu kolaboratif dalam pemeriksaan laboratorium terutama WBC karena keadaan pasien sudah stabil dan tidak ada tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsiolaesa) pada pasien sehingga tidak ada intruksi dari dokter untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap terutama WBC.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa Asuhan Keperawatan Pasien WB Dengan Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) dan Post Herniotomi Hari ke-0 di Ruang A RSUD Klungkung Tanggal 25 s/d 28 April 2016 sudah dapat dilaksanakan dengan baik.

Dari pengkajian pre operasi dapat disimpulkan bahwa ada tanda dan gejala yang ada pada teori tapi tidak ditemukan pada kasus yaitu : pasien mengeluh mual, muntah , nafsu makan menurun, pasien mengatakan susah buang air besar dan penurunan bising usus. Sedangkan pada pengkajian post operasi data yang tidak ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu : pasien mengeluh sulit buang air besar, terdapat skibala, pasien mengatakan kurang mengerti tentang perawatan, mukosa bibir kering, turgor kulit kurang elastis, mual, muntah dan nafsu makan menurun.

Pada diagnosa keperawatan, dari empat masalah pada pre operasi yang ada pada teori, dua masalah keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan konstipasi. Hal ini disebabkan karena tidak adanya data yang menunjang ke arah masalah tersebut. Sedangkan pada post operasi dari tujuh masalah keperawatan yang ada pada konsep teori, ada empat masalah keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus yaitu perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko tinggi

kekurangan volume cairan, kurang pengetahuan dan konstipasi, hal ini disebabkan karena tidak ada data yang menunjang ke arah masalah tersebut.

Tahap perencanaan diawali dengan memprioritaskan masalah keperawatan berdasarkan berat ringannya masalah, dimana sebagai prioritas utama pada pre operasi dan post operasi adalah nyeri akut. Kemudian dilanjutkan dengan menyusun rencana keperawatan untuk masing-masing masalah keperawatan yang ada, kendala yang ditemukan penulis saat perencanaan adalah dalam menentukan rencana perawatan karena kurangnya buku sumber tentang asuhan keperawatan pasien dengan hernia dan herniotomi, sehingga penulis menggunakan teori umum tentang asuhan keperawatan pre dan post operasi yang dihubungkan dengan keadaan pasien.

Pada pelaksanaan asuhan keperawatan pasien WB, sebagian besar rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik, namun ada tindakan yang tidak dapat terlaksana yaitu kolaboratif dalam pemeriksaan laboratorium terutama WBC karena keadaan pasien sudah stabil dan tidak ada tanda-tanda infeksi sehingga tidak ada intruksi dari dokter. Observasi tanda-tanda vital juga tidak dapat dilaksanakan tiap 8 jam karena disesuaikan dengan kondisi di ruangan.

Pada evaluasi pre operasi sudah sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditentukan dan semua masalah yang muncul dapat teratasi. Pada post operasi, evaluasi yang dilakukan juga sudah sesuai dengan kriteria waktu yang telah dilakukan. Dari tiga masalah keperawatan yang muncul, dua masalah

sudah teratasi yaitu nyeri akut dan intoleransi aktifitas sedangkan satu masalah belum teratasi yaitu resiko infeksi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, penulis dapat memberi saran sebagai berikut :

1. Kepada pasien WB diharapkan tetap mempertahankan kondisi yang telah membaik dan rajin kontrol ke pusat pelayanan kesehatan terdekat.
2. Kepada keluarga pasien WB diharapkan selalu berpartisipasi dalam mempertahankan kondisi pasien, serta tetap memberikan dorongan dan motivasi pada pasien.
3. Kepada perawat ruang A diharapkan mempertahankan pelayanan yang sudah baik.
4. Kepada RSUD Klungkung agar tetap mempertahankan mutu dan meningkatkan pelayanan di rumah sakit.
5. Kepada institusi STIKES Bali diharapkan dapat meningkatkan pengadaan buku sumber tentang ilmu bedah khususnya hernia.

DAFTAR PUSTAKA

Carpenito, L.J. (2013). *Diagnosa Keperawatan.* (Edisi 13). Jakarta: EGC.

Dion,Y., & Betan,Y. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Doenges, M.E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan*. (Edisi ketiga). Jakarta: EGC.

Grace, A.P., & Neil, R.B. (2006). *At a Glance Ilmu Bedah.* (Edisi ketiga). Jakarta: Erlangga.

Husaini. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia.* Diperoleh tanggal 12 Mei 2016, http ://askep-kesehatan-pada-pasien-hernia.html.

Jitowiyono, S., & Kristiyanasari, W. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

LeMone, P., Burke, K.M., & Bauldoff, G. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* . (Volume 2 Edisi 5). Jakarta: EGC.

Nugroho, T. (2011). *Asuhan Keperawatan.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Nurarif, A.H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC* . (Jilid 2). Yogyakarta: Mediaction.

Parmono, H.M. (2014). *Latar Belakang Hernia Inguinalis*. Diperoleh tanggal 9 Mei 2016, dari http: //eprints.ums.ac.id/31241/2/BAB_1.pdf.

Saliti, M.A.T., Rakhman, A., & Ismail, H. (2013). *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hernia Inguinalis*. Diperoleh tanggal 9

Mei 2016, dari http: //library.stikesnh.ac.id/files/disk1/4/e-library stikes nani hasanuddin-monarchial-173-1-artikel6.pdf.

LAMPIRAN 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN PASIEN WB

DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)

Topik : Penyakit Sistem Pencernaan

Sub Topik : Penyakit dan Pengobatan Hernia

Sasaran : Pasien WB dan keluarganya

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang A RSUD Klungkung

Hari/Tanggal : Senin, 25 April 2016

Waktu : pukul 17.15 wita – 17.45 wita

A. Tujuan

1. Tujuan instruksional umum

   Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga dapat memahami tentang penyakit hernia.

2. Tujuan instruksional khusus

   Setelah diberikan penyuluhan, keluarga mampu :

   a. Menjelaskan tentang pengertian hernia dengan benar
   b. Menyebutkan penyebab hernia dengan benar
   c. Menyebutkan tanda dan gejala hernia dengan benar
   d. Menyebutkan cara pengobatan hernia dengan benar

B. Metode

1. Ceramah

2. Tanya jawab

C. Media

Leaflet

D. Materi

1. Pengertian hernia
2. Penyebab hernia
3. Tanda dan gejala hernia
4. Cara pengobatan hernia

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan materi pertanyaan

1. Apakah yang dimaksud dengan hernia?
2. Apa penyebab hernia?
3. Apa tanda dan gejala hernia?
4. Bagaimana cara pengobatan hernia?

DAFTAR PUSTAKA

Jitowiyono dan Kristiyanasari. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi.* Yogyakarta : Nuha Medika.

LAMPIRAN 3

MATERI PENYULUHAN

PENYAKIT DAN PENGOBATAN HERNIA

A. Pengertian Hernia

Hernia adalah penonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga di mana organ tersebut seharusnya berada yang di dalam keadaan normal tertutup.

B. Penyebab Hernia

1. Mengangkat beban berat
2. Mengejan pada saat buang air besar
3. Mengejan saat buang air kecil
4. Batuk, bersin terlalu keras
5. Aktifitas fisik berlebihan
6. Kehamilan

C. Tanda dan Gejala Hernia

1. Ada benjolan pada lipatan paha yang muncul pada waktu mengangkat beban berat, mengejan saat buang air besar, mengejan pada saat buang air kecil, batuk dan bersin.
2. Nyeri pada lipatan paha
3. Mual dan muntah
4. Nafsu makan menurun
5. Susah buang air besar

D. Cara Pengobatan Hernia

Adapun penatalaksanaan medis yang bisa dilakukan pada pasien dengan hernia yaitu dilakukan tindakan bedah elektif, karena ditakutkan terjadinya komplikasi. Tindakan bedah pada hernia adalah herniotomy yaitu tindakan yang dilakukan untuk pembebasan kantong hernia, kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan kalau ada perlengketan, kemudian reposisi. Kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu dipotong. Komplikasi yang dapat terjadi pada hernia adalah perforasi, abses lokal, peritonitis dan sepsis.

Medikasi untuk hernia yaitu analgesik dan antibiotik untuk membasmi kuman.

LAMPIRAN 2 KEGIATAN PENYULUHAN

No	Hr/Tgl/ Jam	Tahapan Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Keluarga
1.	Selasa, 26 April 2016 Pk. 08.00 Wita	Pembukaan (5 menit)	1. Memberi salam pada pasien dan keluarga 2. Memperkanalkan diri 3. Menyampaikan tujuan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan 5. Mengkaji pengetahuan pasien tentang hernia	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Mendengarkan dengan seksama 5. Pasien dan keluarga aktif menjawab
		Pelaksanaan (20 menit)	1. Menjelaskan pengertian hernia 2. Menyebutkan penyebab hernia 3. Menyebutkan tanda dan gejala hernia 4. Menyebutkan cara pengobatan hernia 5. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya 6. Memberikan jawaban atas pertanyaan pasien dan keluarga	1. Mendengarkan dengan seksama 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Mendengarkan dengan seksama 5. Keluarga aktif bertanya 6. Mendengarkan dan memperhatikan
		Penutup (5 menit)	1. Meminta pasien dan keluarga untuk menjelaskan pengertian hernia 2. Meminta pasien dan keluarga menyebutkan penyebab, tanda dan gejala serta cara pengobatan hernia 3. Menyimpulkan hasil penyuluhan 4. Mengucapkan terima kasih atas perhatiannya	1. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan pengertian hernia 2. Pasien dan keluarga mampu menyebutkan penyebab, tanda dan gejala serta cara pengobatan hernia 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Mengucapkan terima kasih

LAMPIRAN 5

SATUAN ACARA PENYULUHAN PASIEN WB

DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)

CARA MENANGULANGI NYERI

Topik : Penyakit Sistem Pencernaan

Sub Topik : Cara Menanggulangi Nyeri

Sasaran : Pasien WB

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang A RSUD Klungkung

Hari/Tanggal : Senin, 25 April 2016

Waktu : pukul 13.45 wita – 14.15 wita

A. Tujuan

1. Tujuan instruksional umum

   Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien memahami cara menanggulangi nyeri.

2. Tujuan instruksional khusus

   Setelah diberikan penyuluhan pasien mampu :

   a. Menjelaskan pengertian nyeri

   b. Menjelaskan cara menanggulangi nyeri yang dirasakan.

B. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

C. Media

Leaflet

D. Materi

1. Pengertian nyeri
2. Cara menanggulangi nyeri

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan mengajukan pertanyaan.

1. Apa pengertian nyeri ?
2. Bagaimana cara menanggulangi nyeri ?

DAFTAR PUSTAKA

Anonym. (2014). *Mengatasi Rasa Nyeri Pasca Operasi*. Diperoleh tanggal 11 Mei 2016, dari www.medkes.com/2014/11/mengatasi-rasa-nyeri-pasca-operasi.html.

Anonym. (2014). *Mengatasi Rasa Nyeri Pasca Operasi*. Diperoleh tanggal 11 Mei 2016, dari www.medkes.com/2014/11/cara-cepat-mengatasi-rasa-nyeri.html.

LAMPIRAN 7

MATERI PENYULUHAN

CARA MENANGULANGI NYERI

. 1. Pengertian

Nyeri adalah sensasi apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya atau nyeri adalah perasaan spesifik seseorang yang diinformasikan oleh mekanisme pertahanan organisasi tubuh terhadap suatu lesi (kerusakan jaringan).

3. Cara Menanggulangi Nyeri Pre Operasi

a. Mengkonsumsi obat penghilang nyeri

Cara cepat menghilangkan nyeri pre operasi yang pertama adalah mengkonsumsi obat penghilang nyeri. Obat penghilang nyeri atau analgesik dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri, termasuk rasa nyeri pre operasi.

b. Sering tertawa dan bercanda

Cara cepat menghilangkan nyeri pre operasi yang kedua adalah sering tertawa dan bercanda. Tertawa dan bercanda akan memberikan ketenangan dan kenyamanan sehingga otak akan lupa dengan rasa nyeri yang terjadi sehingga rasa nyeri pre operasi akan berkurang bahkan tidak lagi dirasakan.

c. Rileks

Cara cepat menghilangkan nyeri pre operasi berikutnya adalah rileks. Rileks akan meregangkan otot-otot yang tegang akibat rasa sakit dan nyeri. Selain itu rileks juga akan memberikan kenyamanan dan ketenangan yang akan menghilangkan rasa nyeri yang terjadi pre operasi.

d. Hindari marah dan emosi

Cara cepat menghilangkan nyeri pre operasi selanjutnya adalah menghindari marah dan emosi. Marah dan emosi akan semakin memperparah rasa nyeri yang ada. Untuk itu hindari marah dan emosi agar rasa nyeri pre operasi tidak bertambah parah dan tidak lagi dirasakan.

4. Cara Menanggulangi Nyeri Pasca Operasi

Banyak orang yang tidak mau mengonsumsi obat anti nyeri yang diresepkan oleh dokter dengan alasan takut ketagihan. Sebenarnya ketagihan obat anti nyeri sangat jarang terjadi. Bahkan terkadang, tidak menggunakan obat anti nyerilah yang berbahaya. Nyeri yang hebat terkadang membuat seseorang susah mengambil napas dalam dan meningkatkan risiko pneumonia. Nyeri juga dapat membuat seseorang sulit melakukan pekerjaan sehari-hari, seperti berjalan, makan dan tidur. Padahal gizi dan istirahat yang cukup sangat diperlukan dalam mempercepat proses kesembuhan luka akibat operasi.

Selain menggunakan obat anti nyeri, ada beberapa langkah yang dapat dilakukan dirumah untuk mengatasi nyeri pasca operasi, antara lain:

a. Istirahatkan bagian tubuh yang menjalani operasi
b. Jaga luka agar tetap bersih dan kering
c. Kompres dingin (dalam 1-2 hari pertama) dan kompres hangat (setelah 2 hari). Namun hal ini harus dengan persetujuan dokter
d. Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter atau ahli gizi, hal ini sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan.

Rasa nyeri pasca operasi sangat normal terjadi. Tidak ada metode khusus untuk mencegah rasa nyeri pasca operasi selain pasien harus mentaati perintah dan obat yang diberikan oleh ahli bedah atau dokter. Beberapa hal yang perlu diketahui dan dipatuhi untuk membantu mencegah nyeri pasca operasi, antara lain:

1) Kapan waktu minum obat
2) Kapan waktu mengganti perban
3) Apa saja makanan yang sebaiknya dikonsumsi
4) Kegiatan apa saja yang tidak boleh dilakukan
5) Kapan boleh mandi
6) Kapan harus menghubungi dokter
7) Kapan harus kontrol ulang.

LAMPIRAN 6

KEGIATAN PENYULUHAN

No	Hr/Tgl/Jam	Tahapan Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Keluarga
1.	Senin, 25 April 2016 Pk. 13.45 Wita	Pembukaan (5 menit)	1. Memberi salam pada pasien dan keluarga 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Mendengarkan dengan seksama
		Pelaksanaan (20 menit)	1. Menjelaskan pengertian nyeri 2. Menjelaskan cara menanggulangi nyeri 3. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 4. Memberi jawaban atas pertanyaan pasien dan keluar	1. Mendengarkan dengan seksama 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Pasien dan keluarga proaktif bertanya 4. Mendengarkan dan memperhatikan
		Penutup (5 menit)	1. Meminta pasien menjelaskan pengertian nyeri dan cara menanggulangi nyeri 2. Menyimpulkan hasil penyuluhan 3. Mengucapkan terima kasih atas perhatiannya 4. Mengucapkan salam penutup	1. Pasien menjelaskan pengertian nyeri dan cara menanggulangi nyeri 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mengucapkan terima kasih 4. Membalas salam

LAMPIRAN 9

SATUAN ACARA PENYULUHAN PASIEN WB

DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)

PERAWATAN POST HERNIOTOMI

Topik : Penyakit Sistem Pencernaan

Sub Topik : Perawatan Post Herniotomi

Sasaran : Pasien WB dan keluarga

Waktu : 30 menit

Tempat : Ruang A RSUD Klungkung

Hari/Tanggal : Selasa, 26 April 2016

Waktu : pukul 19.10 wita – 19.40 wita

A. Tujuan

1. Tujuan instruksional umum

   Setelah diberikan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga memahami tentang perawatan setelah operasi.

2. Tujuan instruksional khusus

   Setelah diberikan penyuluhan pasien dan keluarga mampu :

   a. Menjelaskan cara perawatan luka dengan benar.
   b. Menjelaskan tentang pemenuhan nutrisi setelah operasi dengan benar.
   c. Menjelaskan tentang aktifitas dan perawatan diri setelah operasi dengan benar.

B. Metode

3. Ceramah

4. Tanya jawab

C. Media

Leaflet

D. Materi

1. Cara perawatan luka

2. Aktifitas dan perawatan diri setelah operasi

E. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara lisan dengan mengajukan pertanyaan.

1. Bagaimana cara perawatan luka?

2. Bagaimana cara pemenuhan nutrisi setelah operasi?

3. Bagaimana aktifitas dan perawatan diri setelah operasi?

DAFTAR PUSTAKA

Jitowiyono dan Kristiyanasari. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi.* Yogyakarta : Nuha Medika.

LAMPIRAN 11

MATERI PENYULUHAN

PERAWATAN POST HERNIOTOMI

A. Perawatan Pasien Pasca Operasi

1. Perawatan luka pasca operasi

   Rumah sakit terapkan tehnik aseptik pada semua perawatan pasien dan rawat luka operasi dengan tehnik steril pasien tidak boleh memegang daerah luka operasi dan luka harus tetap kering dan bersih. Perawatan luka lokal dapat dilakukan dengan mengganti balutan kurang lebih 2 sampai 3 hari sekali atau kotor dengan memberihkan dan mengoleskan obat yang dianjurkan pada luka. Di samping itu juga nutrisi sangat penitng untuk meningkatkan penyembuhan luka dan mengkonsumsi multivitamin, antibiotik, suplemen besi sesuai dengan program. Apabila pasien boleh pulang pasien harus rajin kontrol ke poliklinik bedah untuk merawat luka dan buka jaringan pada hari ke tujuh.

2. Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Pasca Operasi

   Nutrisi merupakan salah satu kebutuhan tubuh yang sangat penting bagi kesehatan terlebih lagi pada pasien pasca pembedahan. Nutrisi diperlukan untuk mengembalikan kondisi pasien yang lemah serta mempercepat pertumbuhan jaringan pada luka operasi. Sehingga sangatlah penting bagi pasien untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi. Maka pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat dan tinggi cairan untuk mencegah konstipasi seperti : jeruk, jambu, pir, brokoli, gandum, semangka, ketimun, roti, tempe. Konsumsi makanan yang TKTP (tinggi kalori dan tinggi

protein) seperti : beras, jagung, kentang, ayam, telur, susu, ikan, daging merah dan minum Vitamin C untuk mempercepat penyembuhan luka sehingga infeksi tidak terjadi. Minuman dan makanan yang dihindari, yaitu : kopi, teh, coklat, minuman alkohol dan makanan yang berbumbu yang memperburuk gejala.

3. Aktivitas dan perawatan diri (mobilisasi) pasca operasi

   Posisi yang diberikan pada pasien setelah operasi adalah berbaring dengan posis kepala dan kaki lebih tinggi (seperti huruf V), apabila pasien merasa nyeri berikan posisi yang nyaman, ajak mengobrol keesokan harinya pasien melakukan mobilisasi dini dengan miring kanan dan miring kiri, selanjutnya duduk dan berjalan. Aktivitas normal biasanya dapat dilakukan dalam 2 sampai 4 minggu setelah operasi.Aktifitas yang dianjurkan antara lain dilarang mengangkat benda yang berat, dilarang mengejan saat defekasi dan miksi serta untukpekerja kantor,kembali bekerja dalam 2 minggu dan 4 minggu untuk buruh.

LAMPIRAN 10

KEGIATAN PENYULUHAN

No	Hr/Tgl/Jam	Tahapan Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Keluarga
1.	Selasa, 26 April 2016 19.10 Wita	Pembukaan (5 menit)	1. Memberi salam pada pasien dan keluarga 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan materi yang akan disampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Mendengarkan dengan seksama
		Pelaksanaan (20 menit)	1. Menjelaskan cara perawatan luka 2. Menjelaskan cara pemenuhan nutrisi setelah operasi 3. Menjelaskan aktivitas setelah operasi 4. Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya 5. Memberi jawaban atas pertanyaan pasien dan keluar	1. Mendengarkan dengan seksama 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mendengarkan dengan seksama 4. Pasien dan keluarga proaktif bertanya 5. Mendengarkan dan memperhatikan
		Penutup (5 menit)	1. Meminta pasien dan keluarga menjelaskan perawatan luka setelah operasi, cara pemenuhan nutrisi setelah operasi, aktifitas setelah operasi 2. Menyimpulkan hasil penyuluhan 3. Mengucapkan terima kasih atas perhatiannya 4. Mengucapkan salam penutup	1. Pasien dan keluarga menjelaskan perawatan luka setelah operasi, cara pemenuhan nutrisi setelah operasi, aktifitas setelah operasi 2. Mendengarkan dengan seksama 3. Mengucapkan terima kasih 4. Membalas salam

Hernia Inguinalis Lateralis

Oleh :

Ni Putu Sanastasya Purnaningrum

13E11085

DIII KEPERAWATAN

STIKES BALI

DENPASAR

2016

Apa itu Hernia ??

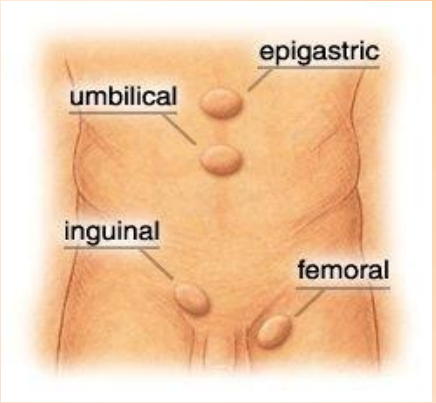
penonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga di mana organ tersebut seharusnya berada yang di dalam keadaan normal tertutup.

Penyebab Hernia :

1. Batuk keras
2. Mengejan
3. Obesitas
4. Konstipasi
5. Kehamilan
6. Operasi sebelumnya
7. Mengangkat beban berat.
8. Aktivitas fisik berlebihan

Tanda & gejalanya ?

1. Benjolan di selangkangan atau kemaluan



2. Mual –muntah
3. Tidak nafsu makan
4. Susah buang air besar
5. Nyeri pada perut

PENATALAKSANAAN …..

Pembedahan

1. Herniotomi
2. Hernioraphy

Medikasi

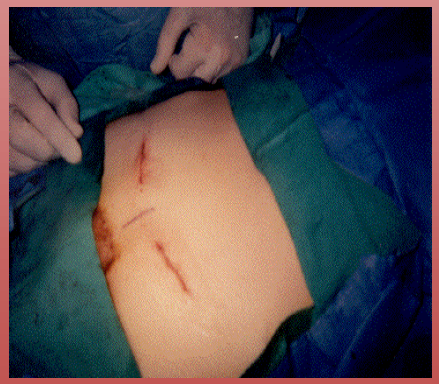
1. Pemberian analgetik
2. Antibiotik

Komplikasi Hernia :

1. Perforasi
2. Abses lokal
3. Peritonitis

PERAWATAN PASIEN

PASCA OPERASI



Nutrisi pasien pasca Operasi !!

1. Apabila pasien boleh pulang dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat tinggi cairan untuk mencegah sembelit.



2. Pasien-pasien pasca operasi juga dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi protein karena protein berperan dalam merangsang pertumbuhan jaringan baru dan mempercepat proses penyembuhan luka.



3. Hindari kopi, teh, coklat, minuman beralkohol dan setiap makanan atau bumbu.

Aktivitas (mobilisasi) pasca operasi :

1. Dilarang mengangkat benda yang berat.



2. Dilarang mengejan saat BAB atau BAK.
3. Hindari batuk .



Perawatan luka pasca operasi

a. Rawat luka dengan teknik steril
b. Pasien tidak boleh memegang daerah luka bekas operasi
c. Luka harus bersih dan kering
d. Mengganti balutan ± 2-3 hari sekali

MANAGEMENT NYERI



Nyeri adalah sensasi apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan oleh individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya atau nyeri adalah perasaan spesifik seseorang yang diinformasikan oleh mekanisme pertahanan organisasi tubuh terhadap suatu lesi (kerusakan jaringan).

Cara Menanggulangi Nyeri Pre Operasi

- **Mengkonsumsi obat penghilang nyeri**
- **Mendengarkan musik**
- **Sering tertawa dan bercanda**
- **Rileks**
- **Hindari marah dan emosi**



Cara Menanggulangi Nyeri Post Operasi

- **Istirahatkan bagian tubuh yang menjalani operasi**
- **Jaga luka agar tetap bersih dan kering**
- **Kompres dingin (dalam 1-2 hari pertama) dan kompres hangat (setelah 2 hari). Namun hal ini harus dengan persetujuan dokter**
- **Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter atau ahli gizi, hal ini sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan.**

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 1 : Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 1 : Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 1 : Ns. Ni Kadek Sutini, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 2 : Ns. Putu Widiantari, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 2 : Ns. Putu Widiantari, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 2 : Ns. Putu Widiantari, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 3 : Ns. NLG Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 3 : Ns. NLG Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep.

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN WB DENGAN HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL) DAN POST HERNIOTOMI HARI KE-0

DI RUANG A RSUD KLUNGKUNG

TANGGAL 25 S/D 28 APRIL 2016

NAMA : NI PUTU SANASTASYA PURNANINGRUM

NIM : 13E11085

NO. UJIAN : R-0130

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STIKES BALI

PENGUJI 3 : Ns. NLG Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep.