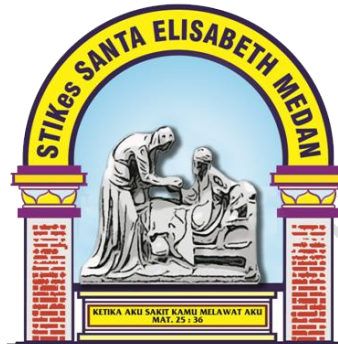


**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST OP
HERNIA PADA TN.E. DIRUANGAN ST. YOSEF
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

SERLYN GEA
052025040

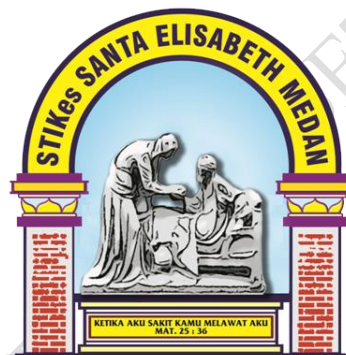
**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST OP
HERNIA PADA TN. E DIRUANGAN ST. YOSEF
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:
SERLYN GEA
052025040

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 09 Januari 2026

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR PROGRAM STUDI
PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
SANTA ELISABETH MEDAN

PADA TANGGAL 09 Januari 2026

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota : Amnita Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep



LEMBAR PERESETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar

Ners (Ns)

Oleh:

Serlyn Gea

Medan, 09 Januari 2026

Menyetujui,

Ketua Penguji

Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota

Amnita Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat kasih dan karunianya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah ini, dengan judul **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.E Dengan Masalah Post Op Hernia Diruangan St. Yosef Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya Ilmiah ini ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan Karya Ilmiah ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada, yaitu:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan Karya Ilmiah ini
2. dr. Eddy Jaferson Ritonga.Sp OT(K) Sport Injury Selaku direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pasien sebagai Karya Ilmiah Akhir saya
3. Lindawati Tampubolon S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk menyelesaikan Karya Ilmiah ini dengan baik.

4. Imelda Derang, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I saya yang telah memberikan waktu dengan sabar dalam membimbing dan memberikan saran kepada penulis untuk melengkapi Karya Ilmiah ini dengan baik.
5. Amnita Ginting, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing II saya yang telah memberikan waktu dengan sabar dalam membimbing dan memberikan saran kepada penulis untuk melengkapi Karya Ilmiah ini dengan baik
6. Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing profesi saya dan pembimbing III saya yang telah memberikan waktu dengan sabar dalam membimbing dan memberikan saran kepada penulis untuk melengkapi Karya Ilmiah ini dengan baik
7. Seluruh staf dosen dan tenaga kependidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah ini
8. Teristimewa kepada orang tua tercinta Ayah saya Satiziduhu Gea dan Ibu Saya Yusria Zebua serta Abang saya Notatema Gea dan seluruh keluarga besar atas dukungan serta doa selama peneliti mengikuti pendidikan, dan memberikan semangat serta motivasi kepada peneliti
9. Seluruh teman-teman sejawat dan seperjuang program studi ners tahap profesi stambuk 2025 yang saling memberikan motivasi dan doa dalam menyelesaikan Karya Ilmiah ini



Penulis menyadari terdapat banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah ini, maka saya mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan Karya Ilmiah ini. Harapan penulis, semoga penelitian ini dapat dilanjutkan untuk penelitian dan bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, 9 Januari 2025

Penulis,

Serlyn Gea

SINOPSIS

Serlyn Gea, 052025040

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Op Hernia Pada Tn.E Diruangan ST.Yosef Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Post Op Hernia

Hernia merupakan suatu kondisi medis dimana munculnya benjolan atau keluarnya organ abdomen melalui titik lemah dinding perut. Penyakit ini biasanya muncul ketika terjadinya penekanan pada intraabdomen dan defek pada abdomen. Salah satu tindakan penanganan yang akan dilakukan yaitu operasi. Metode dalam karya ilmiah akhir ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Op Hernia Pada Tn.E Diruangan ST.Yosef Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Hasil : tanda dan gejala yang timbul pada kasus post op hernia didapatkan semua sesuai dengan teori dan data yang disesuaikan dengan NANDA yang didapat. Selain itu penentuan perencanaan yang diberikan pada klien dengan post op hernia, berupa pemberian terapi relaksasi nafas dalam.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR BAGAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Hernia	8
2.1.1 Pengertian Hernia	8
2.1.2 Etiologi Hernia.....	12
2.1.3 Patofisiologi Hernia	13
2.1.4 Pathway	15
2.1.5 Menifestasi Klinis Hernia	16
2.1.6 Komplikasi Hernia	16
2.1.7 Pemeriksaan Hernia	17
2.1.8 Penatalaksanaan Hernia	21
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	24
2.2.3 Intervensi Keperawatan	25
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	31
2.2.5 Evaluasi keperawatan	31
BAB 3 TINJAUAN KASUS	32
3.1 Pengkajian.....	32
3.2 Analisa Data.....	48
3.3 Diagnosa Keperawatan	50
3.4 Intervensi Keperawatan	52
3.5 Implementasi Keperawatan.....	55
3.6 Evaluasi Keperawatan.....	58

BAB 4 PEMBAHASAN	66
4.1 Pengkajian.....	66
4.2 Diagnosa Keperawatan	68
4.3 Intervensi Keperawatan	72
4.4 Implementasi Keperawatan.....	73
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	75
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	72
5.1 Kesimpulan	72
5.2 Saran	73
DAFTAR PUSTAKA	78
LAMPIRAN.....	81
1. Evidance Based Practice (EBP).....	85
2. Standar Operasional Prosedur Guided Imagery Terapy	86
3. MIND MAPPING	88

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1.4 Pathway	15
---------------------------	----

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan permasalahan yang biasa ditemukan dalam kasus bedah. Kasus kegawatdaruratan dapat terjadi apabila hernia bersifat strangulasi dan inkarserasi. Inkarserasi adalah penyebab obstruksi usus nomor satu dan tindakan operasi darurat nomor dua setelah appendiksitis akut di Indonesia. Tindakan yang dilakukan pada pasien hernia adalah pembedahan yang menimbulkan nyeri (Santi et al., 2023).

Pada pasca bedah masalah yang sering dijumpai adalah masalah nyeri yang disebabkan oleh insisi, nyeri terjadi akibat luka, penarikan, dan manipulasi jaringan serta organ. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. Sesuatu yang diartikan seseorang sebagai nyeri akan memengaruhi pengalaman nyeri dan bagaimana seseorang beradaptasi terhadap kondisi tersebut. Apabila nyeri dibiarkan tanpa penanganan atau tidak berkurang intensitasnya, hal tersebut akan mengubah kehidupan seseorang secara signifikan (Virgianti, 2025).

Pasien pasca operasi hernia seringkali dihadapkan pada permasalahan adanya proses peradangan akut dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak. Akibat nyeri pasca operasi, pasien menjadi imobilisasi atau membatasi gerak. Operasi hernia juga menimbulkan dampak, seperti impairment, functional limitation, disability (Ulan *et al.*, 2023).

Jumlah kasus hernia inguinalis di negara Amerika Serikat sekitar 800.000 kasus setiap tahun dan sekitar 90% dialami oleh laki-laki, sedangkan di Negeri



Belanda terjadi kasus hernia sekitar 33.000 kasus setiap tahunnya. Kembali ke Amerika Serikat, lebih dari 1 juta orang yang menderita hernia dilakukan tindakan operasi, 77% adalah hernia inguinalis (77.000 kasus) dengan komposisi 25% penderita laki-laki dan 2% perempuan (Christoper, 2023).

Menurut data dari World Health Organization (WHO), terdapat sekitar 19.173.279 kasus hernia di seluruh dunia, yang mencakup 12,7% dari populasi global, dan jumlah ini terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Antara tahun 2014 hingga 2019. Sementara itu, data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 1.243 orang di Indonesia dilaporkan mengalami hernia inguinalis (Ridho *et al.*, 2025).

Di Sumatera Utara dalam penelitian yang dilakukan oleh sri, terdapat 80 kasus hernia Inguinalis di RSUP. Haji Adam Malik Medan pada Tahun 2009. Pada penelitian yang dilakukan oleh Yuni, menunjukkan bahwa kelompok umur tertinggi penderita hernia inguinalis di instalasi bedah RSU Haji Medan tahun 2015 adalah kelompok umur 56-65 tahun yaitu sebanyak 16 orang (20,5%), dan yang terendah adalah kelompok 26-35 tahun sebanyak 1 orang (1,3%). Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Pirngadi Kota Medan didapatkan jumlah data yang pasien yang mengalami Hernia Inguinalis pada periode Januari 2020 – Desember 2022 sebanyak 101 orang (Nabila & Nurulaini, 2024).

Hernia terjadi ketika tekanan intra abdomen meningkat, tekanan berlebihan di daerah perut ditambah dengan daerah perut yang mengalami kelemahan atau mengalami defek maka hernia akan berkembang secara progresif.

Pertama, dinding perut mengalami kerusakan. Seiring berjalan waktu penonjolan dan hal ini terus berkembang, apabila isi hernia tidak dapat kembali (irreponibel) dapat menyebabkan inkarserasi ditandai dengan gangguan pasase usus dan paling akhir akan mengalami strangulasi yang sudah melibatkan hambatan pada pembuluh darah dengan masalah serius yaitu nekrosis (Meliani & Dyto, 2022).

Peningkatan tekanan intra abdominal seperti batuk, mengangkat benda berat, atau kegiatan lainnya bersamaan dengan lemahnya fascia transversalis akan mempengaruhi terjadinya hernia inguinalis. Pada laki-laki yang sudah lanjut usia (>50 tahun), kemungkinan terjadi hernia cukup tinggi. Hal ini akibat dari penurunan serat oxytalan dan peningkatan amorf substansi serat elastin yang bertanggung jawab pada perubahan resistensi fascia transversalis. Kemampuan fascia transversalis untuk bertahan dari peningkatan tekanan intra abdomen baik dari fisiologis maupun patologis bergantung pada keadaan serat kolagen yang membentuk jaringan sekaligus yang memberi kekuatan pada jaringan tersebut. Fascia transversalis dapat dilemahkan oleh faktor-faktor yang mengganggu produksi kolagen atau menyebabkan peningkatan kerusakan atau bahkan akibat produksi serat kolagen abnormal. (Nabila *et al.*, 2023).

Pembedahan, atau yang lebih dikenal dengan istilah operasi, merupakan suatu tindakan medis yang dilakukan melalui prosedur invasif. Proses ini melibatkan tahap pembukaan area tubuh yang perlu ditangani. Umumnya, pembukaan tersebut dilakukan dengan membuat sayatan, dan setelah area target terlihat, akan dilakukan perbaikan disertai penutupan serta penjahitan luka (Farah *et al.*, 2025). Herniotomi ialah suatu tindakan pembukaan kantong hernia untuk

memastikan isi kantong hernia, dan setelah dilakukan pembukaan kantong hernia, dimasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia, sedangkan hernioplasti adalah tindakan bedah untuk mencegah terjadinya munculnya kembali dengan cara memperkecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinis (Nuraeni & Ikit, 2023).

Tindakan operatif dilakukan dengan melakukan insisi pada tubuh, sehingga tubuh memerlukan waktu untuk penyembuhan luka, fase awal penyembuhan luka ini biasanya timbul dengan masalah nyeri. Nyeri post operasi sering menjadi masalah bagi klien dan merupakan hal yang sangat mengganggu. Masalah keperawatan nyeri sering kali membuat klien sulit tidur dan membuat klien kurang mengontrol rasa nyeri dengan optimal, sehingga mengakibatkan klien cenderung menggunakan obat analgesic (Aristi & Meynur, 2023).

Pasien yang mengalami nyeri dapat meningkatkan ketidaknyamanan, sehingga perlu manajemen nyeri. Tindakan untuk mengatasi nyeri bisa dilakukan dengan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam yaitu relaksasi yang merangsang tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen sehingga terbentuk sistem penekanan nyeri. Hormon tersebut dapat menghambat impuls nyeri sehingga dapat menurunkan persepsi nyeri pasien. Relaksasi nafas dalam melibatkan otot dan respirasi yang tidak membutuhkan alat lain sehingga dapat dilakukan kapan saja sewaktu nyeri itu muncul (Mei, Anik & Sapti, 2025)

Berdasarkan uraian diatas didapatkan bahwa pada kasus klien dengan gangguan sistem pencernaan khususnya Post Op Hernia dapat timbul berbagai



macam masalah keperawatan yang cukup serius. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk dijadikan sebagai kasus kelolaan dengan judul “ Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Sistem pencernaan (Post Op Hernia) Pada Tn.E Di Ruang St. Yosef Rumah Sakit Umum Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah studi kasus ini adalah bagaimana asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan Post Op Hernia Pada Tn.E diruang St. Yosef di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan?

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan: Post Op Hernia pada Tn.E di ruang St. Yosef RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada Tn.E yang mengalami Post Op Hernia di ruang St. Yosef RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025
2. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn.E yang mengalami Post Op Hernia di ruang St. Yosef RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn.E yang mengalami Post Op Hernia di ruang St. Yosef RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025



4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.E yang mengalami Post Op Hernia di ruang St. Yosef. Santa Elisabeth Medan tahun 2025
5. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.E yang mengalami Post Op Hernia di ruang St. Yosef RS. Santa Elisabeth Medan tahun 2025.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hernia di ruang St. Yosef RS. Elisabeth Medan tahun 2025.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Institusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Hasil karya ilmiah ini diharapkan sebagai sumber informasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Op Hernia

2. Bagi pasien

Hasil karya ilmiah ini diharapkan sebagai sumber informasi serta berguna untuk meningkat pengetahuan dan membantu perawatan pada pasien yang mengalami Post Op Hernia

3. Bagi mahasiswa/I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Hasil karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan informasi, serta pengembangan ilmu keperawatan yang dapat diterapkan dan bagi mahasiswa/I selanjutnya dapat mengembangkan karya ilmiah akhir ini berdasarkan intervensi-intervensi lain yang dapat mempengaruhi pasien yang mengalami Post Op Hernia.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Hernia

2.1.1 Pengertian Hernia

Hernia adalah kelemahan pada dinding otot perut yang menyebabkan segmen usus atau struktur perut lainnya menonjol. Hernia juga dapat menembus defek lain pada dinding perut, diafragma, atau struktur lain di rongga perut (Brunner & Suddarth, 2013 hal.1291).

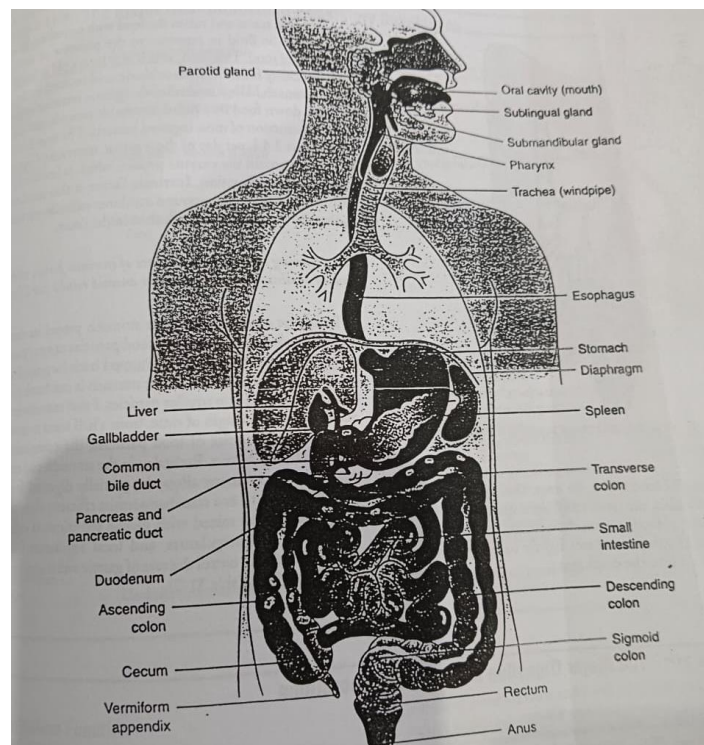
Hernia adalah penonjolan viskus melalui rongga abnormal atau area yang melemah di dinding rongga tempat hernia tersebut seharusnya berada. Hernia dapat terjadi di bagian tubuh mana pun, tetapi biasanya terjadi di dalam rongga perut. Jika hernia dapat dikembalikan ke rongga perut, hernia ini disebut hernia reducible. Hernia dapat direduksi dengan manipulasi, atau dapat terjadi tanpa manipulasi saat penderita berbaring. Jika hernia tidak dapat dikembalikan ke rongga perut, hernia ini disebut hernia arreducible atau hernia utkarserasi (Lewis *et al.*, 2013 hal.1182).

Hernia adalah Penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul/ pelvis, dada/toraks) yang dilapisi selaput dinding perut (peritoneum) menonjol melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus atau organ perut lainnya (Adeodatus, 2017 hal. 252).

Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana rongga tersebut harusnya berada dalam keadaan normal tertutup. Hernia adalah suatu keadaan keluarnya jaringan organ tubuh dari suatu ruangan

melalui suatu celah atau lubang keluar di bawah kulit atau menuju rongga lain, dapat kongenital ataupun aquisita. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hernia adalah ketidaknormalan tubuh berupa tonjolan yang disebabkan karena kelemahan pada dinding otot abdomen, dapat congenital maupun aquisita. (Ningrum, 2018 hal. 378).

a. Anatomi sistem pencernaan



Saluran gastrointestinal (GI) adalah jalur (panjang total-nya 23 sampai 26 kaki) yang berjalan dari mulut melalui esofagus, lambung, dan usus sampai anus (Brunner & Suddarth 2013 hal. 984).

1. Esofagus

Terletak di mediastinum rongga torakal, anterior terhadap tulang punggung dan posterior terhadap trakea dan jantung. Selang yang dapat mengempis ini, yang panjangnya kira-kira 25 cm (10 inci), menjadi distensi

bila makanan melewatinya. Bagian sisa dari saluran gastrointestinal terletak di dalam rongga peritoneal.

2. Lambung

Ditempatkan di bagian atas abdomen sebelah kiri dari garis tengah tubuh, tepat dibawah diafragma kiri. Lambung adalah suatu kantung yang dapat berdistensi dengan kapasitas kira-kira 1500 ml. Inlet ke lambung disebut pertemuan esofago-gastrik. Bagian ini dikelilingi oleh cincin otot halus, disebut sfingter esofagus bawah (atau sfingter kardia), yang, pada saat kontraksi, menutup lambung dari esofagus. Lambung dapat dibagi kedalam empat bagian anatomi: kardia (jalan masuk), fundus, korpus, dan pilorus (outlet). Otot halus sirkuler di dinding pilorus membentuk sfingter pilorus dan mengontrol lubang diantara lambung dan usus halus.

3. Usus halus

Adalah segmen paling panjang dari saluran GI, yang jumlah panjangnya kira-kira dua pertiga dari panjang total saluran. Bagian ini membalik dan melipat diri yang memungkinkan kira-kira 7000 cm area permukaan untuk sekresi dan absorpsi. Usus halus dibagi kedalam tiga bagian anatomik: bagian atas, disebut duo-denum; bagian tengah disebut yeyunum; dan bagian bawah disebut ileum. Duktus koledokus, yang memungkinkan untuk pasase baik empedu dan sekresi pankreas, mengosongkan diri kedalam duodenum pada ampula Vater. Pertemuan antara usus halus dan besar terletak di bagian bawah kanan duodenum. Ini disebut sekum. Pada pertemuan ini yaitu katup ileosekal, yang berfungsi

untuk mengontrol pasase isi usus ke dalam usus besar dan mencegah refluks bakteri kedalam usus halus. Pada tem-pat ini terdapat apendiks veriformis.

4. Usus besar

Terdiri dari segmen asenden pada sisi kanan abdomen, segmen transversum yang memanjang dari abdomen atas kanan ke kiri, dan segmen desenden pada sisi kiri abdomen. Bagian ujung dari usus besar terdiri dari dua bagian: kolon sig-moid dan rektum. Rektum berlanjut pada anus. Jalan keluar anal diatur oleh jaringan otot lurik yang memben-tuk baik sfingter internal dan eksternal

b. Fisiologi Sistem Pencernaan

1. Menelan

Menelan mulai sebagai aktivitas volunter yang diatur oleh pusat menelan di medulla oblongata dari sistem saraf pusat. Saat makanan ditelan, epiglotis bergerak menutup lubang trakea dan karenanya mencegah aspirasi makanan ke dalam paru-paru. Menelan, mengakibatkan bolus ma-kanan berjalan ke dalam esofagus atas, yang berakhir sebagai aktivitas refleks. Otot halus di dinding esofagus berkontraksi dalam urutan irama dari esofagus kearah lambung untuk mendorong bolus makanan sepanjang saluran Selama proses peristaltik esofagus ini, sfingter esofagus bawah rileks dan memungkinkan bolus makanan masuk lambung Akhirnya, sfingter esofagus menutup dengan rapar untuk mencegah refluks isi lambung ke dalam esofagus.

2. kerja lambung

Lambung mensekresi cairan yang sangat asam dalam berespons atau sebagai antisipasi terhadap pencernaan makanan. Cairan ini, yang dapat mempunyai pH serendah 1, memperoleh keasamannya dari asam hidroklorida yang disekresikan oleh kelenjar lambung Fungsi sekres asam ini dua kali lipat (1) untuk memecah makanan menjadi komponen yang lebih dapat diabsorpsi dan (2) untuk membantu destruksi kebanyakan bakteri pencernaan Lambung dapat menghasilkan sekresi kira-kira 2.4 L/hari. Sekresi lambung juga mengandung enzim pepsin yang penting untuk memulai pencernaan protein Faktor intrinsik juga disekresi oleh mukosa gaster Senyawa ini berkombinasi dengan vitamin B12 dalam diet, sehingga vitamin dapat diabsorpsi di dalam ileum (Brunner & Suddarth 2013 hal. 985).

2.1.2 Etiologi Hernia

Etiologi terjadinya hernia yaitu (Suratun & Lusianah, 2010 hal.318):

1. Defek dinding otot abdomen

Hal ini dapat terjadi sejak lahir (kongenital) atau didapat seperti karena keturunan, akibat dari pembedahan sebelumnya

2. Peningkatan tekanan intraabdominal

Penyakit paru obstruksi menahun (batuk kronik), kehamilan, obesitas, adanya Benigna Prostat Hipertropi (BPH), sembelit, mengejan saat defeksasi dan berkemih, mengangkat beban terlalu berat dapat meningkatkan tekanan intraabdominal

2.1.3 Patofisiologi Hernia

Hernia adalah kelemahan pada dinding otot perut yang menyebabkan segmen usus atau struktur perut lainnya menonjol. Hernia juga dapat menembus cacat lain pada dinding perut, diafragma, atau struktur lain di rongga perut. Jenis hernia perut yang paling umum adalah tidak langsung, langsung, femoralis, umbilikal, dan insisional. Hernia inguinalis tidak langsung adalah kantung yang terbentuk dari peritoneum yang berisi sebagian usus atau omentum. Hernia ini mendorong ke bawah secara miring ke dalam kanalis inguinalis. Pada pria, hernia inguinalis indirek dapat membesar dan seringkali turun ke dalam skrotum. Sebaliknya, hernia inguinalis langsung melewati titik lemah di dinding perut.

Hernia femoralis menonjol melalui cincin femoralis. Sumbatan lemak di kanal femoralis membesar dan akhirnya menarik peritoneum dan seringkali kandung kemih ke dalam kantung. Hernia umbilikal bersifat kongenital atau didapat. Hernia umbilikal kongenital muncul sejak bayi. Hernia umbilikal didapat merupakan akibat langsung dari peningkatan tekanan intra-abdomen. Hernia ini paling sering ditemukan pada orang yang mengalami obesitas. Hernia insisional, atau ventral, terjadi di lokasi sayatan bedah sebelumnya. Hernia ini disebabkan oleh penyembuhan sayatan yang tidak memadai, yang biasanya disebabkan oleh infeksi luka pascaoperasi, nutrisi yang tidak memadai, dan obesitas.

Hernia juga dapat diklasifikasikan sebagai hernia yang dapat direduksi, hernia yang tidak dapat direduksi (inkarserata), atau hernia yang tercekik. Hernia dapat direduksi ketika isi kantung hernia dapat dikembalikan ke rongga perut.



dengan tekanan ringan. Hernia yang tidak dapat direduksi (inkarserata) tidak dapat direduksi atau dikembalikan ke rongga perut. Hernia yang tidak dapat direduksi memerlukan evaluasi bedah segera. Hernia tercekik ketika suplai darah ke segmen usus yang mengalami hernia terputus oleh tekanan dari cincin hernia (ikatan otot di sekitar hernia). Jika hernia tercekik, terjadi iskemia dan obstruksi lengkung usus. Hal ini dapat menyebabkan nekrosis usus dan kemungkinan perforasi usus. Tanda- tanda strangulasi meliputi distensi abdomen, mual, muntah, nyeri, demam, dan takikardia. Faktor terpenting dalam perkembangan hernia adalah kelemahan otot bawaan atau didapat dan peningkatan tekanan intra abdomen.

Faktor paling signifikan yang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan intraabdomen adalah obesitas, kehamilan, dan mengangkat benda berat. Hernia inguinalis indirek, jenis yang paling umum, paling sering terjadi pada pria karena mengikuti jalur yang berkembang ketika testis turun ke skrotum sebelum lahir. Hernia indirek lebih sering terjadi pada orang dewasa yang lebih tua. Hernia inguinalis femoralis dan umbilikalisis dewasa paling sering terjadi pada wanita obesitas atau hamil. Hernia insisional dapat terjadi pada orang yang telah menjalani operasi perut. Defek pada dinding otot disebabkan oleh melemahnya kolagen atau pelebaran ruang pada ligamen inguinalis. Kelemahan otot ini dapat diturunkan atau didapat seiring bertambahnya usia. Peningkatan tekanan intra abdomen akibat kehamilan, obesitas, distensi abdomen, asites, mengangkat beban berat, atau batuk dapat berkontribusi terhadap terjadinya defek ini (Smeltzer *et al*, 2015 hal.1291).

2.1.5 Menifestasi Klinis Hernia

Nyeri merupakan gejala klasik hernia. Nyeri dapat memburuk dengan aktivitas yang meningkatkan tekanan intra abdomen, seperti mengangkat beban, batuk, dan mengejan (Lewis, 2020 hal.959). Hernia dapat terlihat jelas, terutama ketika penderitanya menegangkan otot perut. Ketegangan ini mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman. Jika hernia terjepit, penderita akan merasakan nyeri hebat dan gejala obstruksi usus seperti muntah, kram perut, dan distensi (Ignatavicius *et al.*, 2009 hal. 996).

Adapun tanda dan gejala lainnya antara lain (Adeodatus, 2017 hal. 259)

1. Penonjolan pada dinding perut atau lipat paha bisa satu sisi atau kedua sisi.
2. Benjolan dapat masuk kembali atau menghilang dengan posisi tidur.
3. Bisa disertai rasa panas nyeri atau tidak nyaman.
4. Rasa berat atau tidak nyaman pada saat menonjol atau masuknya isi perut pada kantung hernia.
5. Bisa disertai tanda radang berupa bengkak dan nyeri pada kantung hernia disertai mual atau muntah bila ada bagian usus yang terjepit.

2.1.6 Komplikasi Hernia

Komplikasi yang mungkin terjadi pada hernia sebagai berikut (Suratun & Lusianah, 2010):

1. Hernia berulang
2. Obstruksi usus parsial atau total
3. Luka pada usus



4. Gangguan suplai darah ke testis jika klien laki-laki
5. Perdarahan yang berlebih
6. Infeksi luka bedah
7. Fistel urine dan feses

Adapun komplikasi pembedahan hernia antara lain A.Pierce & Nail (2006)

hal.119 :

1. Hematoma (luka pada skortum)
2. Retensi urine akut
3. Infeksi pada luka
4. Nyeri kronis
5. Nyeri dan pembengkakkan testis yang menyebabkan atrofi testis

2.1.7 Pemeriksaan Hernia

Pemeriksaan diagnostik pada klien hernia antara lain (Suratun & Lusianah, 2010):

1. Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukkan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit) dan ketidakseimbangan elektrolit. Pemeriksaan koagulasi darah: mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau postoperasi.

2. Pemeriksaan urine

Munculnya sel darah merah atau bakteri yang mengndikasi infeksi

3. Elektrokardiografi

Penemuan akan sesuatu yang tiak normal untuk memberikan anestesi

4. Sinar X abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/ obstruksi usus

Pemeriksaan pada kasus hernia meliputi (Reza & Mada, 2022):

1. Inspeksi

a. Hernia reponsibel

Terdapat benjolan pada area lipat paha yang saat berdiri atau dengan melakukan tindakan yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdominal (batuk, bersin, atau mencedakan) dan mneghilang setelah berbaring. B.

b. Hernia ireponible

Terdapat benjolan menetap atau tidak masuk kembali saat pasien berdiri atau meningkatkan tekanan intrabdominalnya (batuk, bersin, atau mengejan)

2. Palpasi

a. Penekanan pada titik tengah antar SIAS dengan tuberkulum pubicum dengan manipulasi peningkatan tekann intraabdominal, jika ditemukan penonjolan di sebelah medial dapat diasumsikan bahwa terdapat hernia inguinalis medialis.

b. Penekanan titik yang terletak di sebelah lateral tuberkulum pubikum (AIM) dan dilakukan manipulasi peningkatan tekanan intraabdominal, jika terdapat benjolan maka dapat diasumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

- c. Penekanan pada titik tengah antara kedua titik tersebut di atas (pertengahan canalis inguinalis) dan dilakukan manipulasi peningkatan tekanan intraabdominal, jika terlihat benjolan di lateralnya berarti hernia inguinalis lateralis jika di medialnya hernia inguinalis medialis.
 - d. Nyeri tekan menandakan bahwa telah terjadi inkarserasi pada hernia
3. Perkusi

Bila didapatkan perkusi hipertimpani maka harus dipikirkan kemungkinan terjadi obstruksi saluran pencernaan karena hernia.
 4. Auskultasi

Hiperperistaltik didapatkan pada auskultasi abdomen pada hernia yang mengalami obstruksi usus (hernia inkarserata). Auskultasi juga dapat dilakukan dengan meletakkan stetoskop di atas benjolan atau permukaan kulit skrotum. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk mengetahui isi dari hernia tersebut. Apabila terdengar bising usus, isi dari hernia skrotalis tersebut adalah usus.
 5. Colok dubur

Tonjolan hernia yang nyeri yang merupakan tanda Howship romberg (hernia obturatoria).
 6. Teknik pemeriksaan sederhana yaitu finger test, Ziemen test dan Tumb test.
 - a. Pemeriksaan Finger Test dengan memasukkan jari telunjuk atau jari kelingking melalui skrotum ke kanalis inguinalis, dilakukan

manipulasi peningkatan tekanan intraabdomen, apabila terdapat penonjolan yang menyentuh ujung jari maka diasumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

b. Pemeriksaan Ziemer Test, dengan posisi pasien berbaring berbaring, bila ada benjolan masukkan dulu.

1) Hernia pada bagian tubuh kanan diperiksa dengan tangan kanan, begitupula sebaliknya.

2) Dilakukan manipulasi peningkatan tekanan intraabdomen, bila terdapat benjolan yang menyentuh pada jari ke 2 diasumsikan hernia inguinalis lateralis, bila terdapat benjolan yang menyentuh jari ke 3 diasumsikan hernia inguinalis medialis, dan bila terdapat benjolan yang menyentuh jari ke 4 diasumsikan sebagai hernia femoralis

c. Pemeriksaan Thumb Test, dilakukan dengan cara penekanan anulus internus dengan jari pertama, apabila keluar benjolan maka diasumsikan sebagai hernia inguinalis medialis, sedangkan bila tidak keluar benjolan maka diasumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan hernia antara lain:

1. Pemeriksaan herniogram: digunakan dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritonium, kemudian dilihat apakah adanya kantung atau tonjolan yang tidak simetris pada daerah inguinal.

2. USG (Ultrasonografi): merupakan pemeriksaan paling tidak invasif dan tidak memberikan radiasi kepada pasien. Struktur anatomi dapat dilihat dengan lebih baik dikarenakan adanya struktur tulang yang khas, pada daerah lipat paha terdapat beberapa tulang dan pembuluh darah epigastrika inferior dimana dapat mengidentifikasi letak dari regio inguinal. Pada pasien yang kurus, pergerakan dari spermatic cord dan dinding abdomen bagian posterior terhadap dinding abdomen anterior dapat memberikan gambaran false positive untuk diagnosis hernia. CT dan MRI memberikan gambaran statis yang dapat mendeteksi hernia inguinalis, dan dapat menyingkirkan kemungkinan diagnosis lainnya.
3. MRI (Magnetic resonance imaging): digunakan jika pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya benjolan pada daerah inguinal, namun pada hasil pemeriksaan USG tidak mendukung hasil pemeriksaan fisik. Penggunaan MRI sekarang jarang digunakan, dikarenakan harganya yang mahal dan akses yang terbatas

2.1.8 Penatalaksanaan Hernia

Adapun penatalaksanaan hernia menurut (Smeltzer *et al*, 2015 hal. 1292):

1. Penatalaksanaan non medis

Jika pasien bukan kandidat bedah, seringkali lansia dengan beberapa masalah kesehatan, penyedia layanan kesehatan akan meresepkan truss untuk hernia inguinalis, paling sering untuk pria. Truss adalah bantalan yang terbuat dari bahan yang kuat. Truss ditahan di atas hernia dengan sabuk untuk membantu

mencegah isi perut menonjol ke dalam kantung hernia. Jika truss digunakan, truss hanya dipasang setelah dokter mereduksi hernia jika pasien tidak dalam kondisi inkarserata. Pasien biasanya memasang truss setelah bangun tidur. Ajari pasien untuk memeriksa kulit di bawah truss setiap hari dan melindunginya dengan lapisan tipis bedak.

2. Penatalaksanaan Medis

Kebanyakan hernia bersifat inguinal. Perbaikan bedah hernia merupakan perawatan bedah dasar bagi pasien yang tidak mempunyai pilihan pengobatan sebelumnya. Pembedahan biasanya dilakukan pada pasien dengan kondisi kesehatan yang dapat mempersulit jalannya operasi. Di pusat bedah satu hari, anestesi bisa regional atau umum, dan operasi biasanya laparoskopi.

1. Operasi Terbuka

- Operasi terbuka dilakukan dengan membuat irisan pada dinding perut, menentukan defek atau celah yang ada, kemudian dilakukan penutupan dengan menjahit atau menutup dengan mesh hernia. Pada hernia inguinalis atau lipat paha, operasi terbuka 2 teknik yang sering dilakukan, yaitu :
 - Teknik Basini dilakukan dengan menjahit jaringan yang kendur atau defek/celah hernia.
 - Teknik Lichtenstein dan Shouldice atau modifikasinya. Irisan 3-5 cm lipat paha dengan pemasangan mesh/bahan penutup pada sisi depan (anterior approach).

- Teknik ugahari dan stopa. Irisan 3-5 cm lipat paha atau pada tengah dinding perut bila hernia bilateral atau kanan kiri, dengan pemasangan mesh/bahan penutup (tanpa jahitan) pada sisi belakang (posterior approach).

2. Laparoskopi atau bedah minimal infasiv

Penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul/ pelvis, dada/toraks) yang dilapisi selaput dinding perut (peritoneum) menonjol melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus atau organ perut lainnya (Adeodatus, 2017 hal. 263).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

a. Aktivitas/istirahat

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

b. Sirkulasi

Apakah klien menunjukkan takikardi, perubahan tekanan darah (hipotensi, hipertensi)

c. Eliminasi

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



d. Makanan/ cairan

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

e. Nyeri/ kenyamanan

Apakah klien mengalami nyeri pada insisi pembedahan, distensi kandung kemih, dan nyeri tekan pada kandung kemih

f. Keamanan

Apakah klien mengalami gatal, nyeri, bengkak, kemerahan dan kemungkinan perdaraha

g. Pernafasan

Apakah klien mengalami takipnea, pernafasan dangkal, batuk dan perubahan pola nafas

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru : obstruksi trakeobronkial
2. Nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan ; gangguan pada kulit, jaringan dan integritas otot
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit/jaringan : luka pembedahan : gangguan pada kulit, jaringan dan integritas otot
4. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif: pembatasan pemasukan cairan peroral
5. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan

6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan informasi tentang perawatan post operasi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa/NANDA	NOC	NIC
1	<p>Ketidakefektifan pola napas (00032) Definisi : Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan tekanan ekspirasi • Penurunan tekanan inspirasi • Penurunan ventilasi semneit • Penurunan kapasitas vital • Pernapasan cuping hidung • Fase ekspirasi memanjang • Takipnea • Menggunakan otot bantu pernapasan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Nyeri 	<p>Status pernapasan (0415) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah ketidakefektifan pola napas dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frekuensi pernapasan normal • irama pernapasan normal • kepatenan jalan naps normal • kapasitas vital normal • saturasi oksigen normal • tidak ada penggunaan otot bantu napas • tidak ada pernapasan cuping hidung • tidak ada gangguan ekspirasi 	<p>Manajemen jalan napas (3180)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan pasien untuk meminimalkan ventilasi • Lakukan fisioterapi dada sebagaimana mestinya • Auskultasi suara napas, catat area yang ventilasinya menurun • Atau tidak ada dan adanya suara tambahan • Kelola pemberian bronkodilator sebagaimana mestinya • Posisikan untuk meringankan sesak napas • Monitor status pernapasan dan oksigen, sebagaimana mestinya

	<ul style="list-style-type: none"> • keletihan 		
2	<p>Nyeri akut (00132) Definisi : Pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan parameter fisiologis • Perubahan selera makan • Perilaku distraksi • Perilaku ekspresif • Ekspresi wajah nyeri • Sikap melindungi area nyeri • Perilaku protektif • Fokus pada diri sendiri <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agen cedera biologis • Agen cedera fisik 	<p>Kontrol nyeri (1605) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah nyeri akut dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenali kapan nyeri terjadi • Menggambarkan faktor penyebab nyeri • Menggunakan tindakan pencegahan • Menggunakan analgesik yang direkomendasikan • Melaporkan perubahan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan • Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri • Melaporkan nyeri yang terkontrol 	<p>Manajemen nyeri (1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus • Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif • Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien • Berikan informasi mengenai nyeri, seperti penyebab, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi akibat ketidaknyamanan akibat prosedur • Ajarkan prinsip prinsip manajemen nyeri • Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi • Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri • Dukung

			<p>istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik
3	<p>Kerusakan integritas kulit (00046) Definisi: Perubahan pada epidermis dan/atau dermis Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeriakut • Abses • Perubahan warna kulit • Perdarahan • Hematoma • Area panas lokal <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelembapan berlebih • Ekskresi • Kurang pengetahuan pemberi asuhan tentang mempertahankan integritas jaringan 	<p>Penyembuhan luka: primer (1102) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah kerusakan integritas kulit dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memperkirakan kondisi kulit • Memperkirakan kondisi tepi luka • Pembentukan bekas luka • Tidak ada drainase purulen • Tidak ada eritema dikulit sekitarnya • Tidak ada peningkatan suhu tubuh • Tidak ada bau luka busuk 	<p>Perawatan luka (36660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau • Bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun • Berikan rawatan insisi pada luka, yang diperlukan • Oleskan salep yang sesuai dengan kulit/lesi • Periksa luka setiap kali perubahan balutan • Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi

<p>4</p>	<p>Defisiensi volume cairan (00027) Dfinisi: Penurunan cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perubahan status mental • Perubahan turgor kulit • Penurunan tekanan darah • Penurunan haluaran urine • Membran mukosa kering • Kulit kering • Peningkatan suhu tubuh • Mata cekung • Haus • Kelemahan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan memenuhi peningkatan kebutuhan volume 	<p>Keseimbangan cairan (0601) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah defisiensi volume cairan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah tidak terganggu • Keseimbangan intake dan output 24 jam tidak terganggu • Berat badan stabil • Turgor kulit tidak terganggu • Kelembapan membran mukosa • Asites tidak ada • Edema perifer tidak ada • Pola mata cekung dan lembek tidak ada • Kehausan tidak ada • Pusing tidak ada 	<p>Manajemen hipovolemia (4180)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hemodinamik meliputi nadi, tekanan darah, MAP,CVP,PAP,P CWP,CO dan CI jika tersedia • Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi • Monitor asupan dan pengeluaran • Dukung asupan cairan oral • Berikan cairan hipoonik IV yang diresepkan • Tingkatkan integritas kulit • Sediakan cairan oral • Fasilitasi kebersihan mulut • Instruksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia
----------	---	--	---

	<p>cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang akses pada cairan • Kurang pengetahuan tentang kebutuhan cairan • Ketidacukupan asupan cairan 		
5	<p>Resiko infeksi (00004) Definisi : Rentan pada invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu keehatan Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan mengelola perawatan luka • Kurang higine 	<p>Penyembuhan luka: primer (1102) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan masalah kerusakan integritas kulit dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memperkirakan kondisi kulit • Memperkirakan kondisi tepi luka • Pembentukan bekas luka • Tidak ada drainase purulen • Tidak ada eritema dikulit sekitarnya • Tidak ada peningkatan suhu tubuh • Tidak ada bau luka busuk 	<p>Perawatan luka (36660)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau • Bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun • Berikan rawatan insisi pada luka, yang diperlukan • Oleskan salep yang sesuai dengan kulit/lesi • Periksa luka setiap kali perubahan balutan • Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi
6	<p>Defisiensi pengetahuan (00126) Definisi: Ketiadaan informasi kognitif yang berkaitan</p>	<p>Pengetahuan: Manajemen penyakit akut (1844) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan</p>	<p>Modifikasi perilaku (4360)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan motivasi pasien terhadap perlunya perubahan perilaku • Identifikasi masalah

	<p>dengan topik tertentu, atau penguasaannya</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketidakakuratan mengikuti perintah • Perilaku tidak tepat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansietas • Disfungsi kognitif • Kurang informasi • Kurang partisipasi dalam rencana perawatan 	<p>masalah defisiensi pengetahuan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faktor- faktor penyebab dan faktor yang berkontribusi pengetahuan sangat banyak • Tanda dan gejala penyakit pengetahuan sangat banyak • Pentingnya istirahat yang cukup • Strategi mengatasi efek samping penyakit 	<p>pasien terkait dengan istilah perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi perubahan perilaku (target perilaku)dengan istilah yang khusus, konkrit • Pilah pilah perilaku menjadi bagian kecil untuk dirubah • Kembangkan program perubahan perilaku • Fasilitasi keterlibatan keluarga dalam proses modifikasi perilaku dengan cara yang tepat • Lakukan penguatan, peninjauan kembali dalam rentang yang panjang (telepon atau kontak personal)
--	---	--	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2020) dalam (Fiki *et al.*, 2025 hal. 60) implementasi keperawatan adalah tahap perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi nyata, dengan tujuan membantu klien mencapai target kesehatan yang telah dirumuskan.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Hasil yang diharapkan terjadi setelah mendapat intervensi keperawatan pada pasien hernia, meliputi hal-hal berikut (Mutaqqin & Sari, 2011 hal. 598)

1. Keseimbangan cairan optimal.
2. Tidak terjadi syok hipovolemik.
3. Nyeri berkurang atau teradaptasi.



4. Informasi kesehatan terpenuhi.
5. Intake nutrisi harian terpenuhi.
6. Tidak terjadi infeksi luka pascabedah.
7. Tingkat kecemasan berkurang.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

BAB 3
TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Serlyn Gea NIM: 052025040

Unit : Kamar Bedah Tgl. Pengkajian : 18 November 2025
Ruang/Kamar : St. Yosef Waktu Pengkajian : 21.30
Tgl. Masuk RS : 17 November 2025 Auto Anamnese :
Allo Anamnese :

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn.E
Tempat/Tgl Lahir (umur) : Barus 18 Maret 1997
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Status Perkawinan : belum menikah
Jumlah Anak : -
Agama/Suku : Protestan / Batak Toba
Warga Negara : Indonesia Asing
Bahasa yang Digunakan : Indonesia
 Daerah Batak
 Asing
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Bengkel
Alamat Rumah : Dusun III, Tapanuli Tengah

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. N
Alamat : Dusun III, Tapanuli Tengah
Hubungan dengan klien : Ibu

1. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : UGD
 Dokter praktek (namanya)

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : Hernia

b.2. Saat Pengkajian : Post Hernia

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT : Klien tampak sakit ringan* / sedang* / berat*
(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / baring lemah* / duduk* / aktif* / gelisah* /
posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis* / sesak napas* /
penggunaan alat medik yang digunakan IVFD RL 20tpm
Lain-lain : -

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Tn.E mengatakan nyeri pada luka bekas post op

2). Riwayat kesehatan sekarang :

Tn.E mengatakan nyeri di bagian luka bekas operasi, wajah tampak meringis ketika bergerak, tampak lemas, tampak gelisah, tampak pucat, menghindari pergerakan, merasa mual dan terjadi penurunan nafsu makan.

P: Saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illiaca dextra S: Skala nyeri sedang yaitu 6, T: Nyeri dirasakan sewaktu waktu dan bertambah saat bergerak.

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Tn. E mengatakan pernah menjalani operasi hernia 25 tahun lalu atau pada saat berusia 3 tahun

**4. TANDA-TANDA VITAL****a. Kesadaran :**

- 1). **Kualitatif** : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatous

2). Kuantitatif :

Skala Coma Glasgow :
> Respon Motorik : 6
> Respon Bicara : 5
> Respon Membuka Mata: 4
> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Pasien tampak sadar penuh

- b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 110/60 mm Hg

MAP : 76,7 mm Hg

Kesimpulan : MAP Normal

d. Suhu : 36°C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20X/menit

- 1). Irama : Teratur Kusmuall Cheynes-Stokes

- 2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

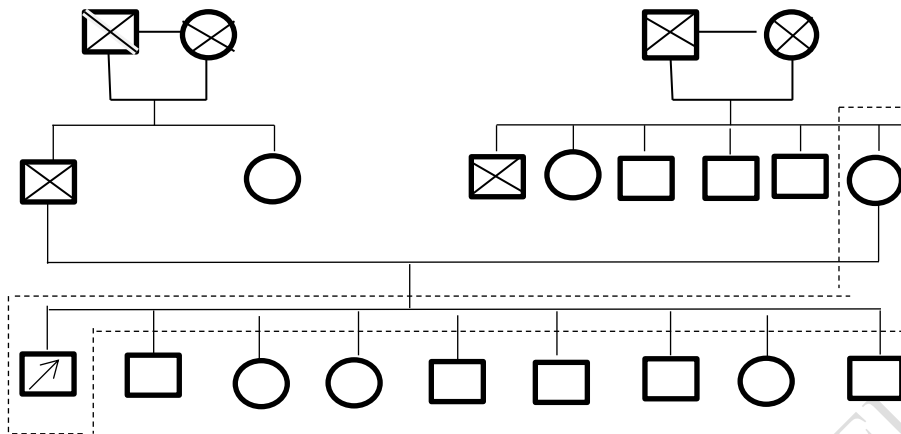
Tinggi Badan : 163 cm

Berat Badan : 78 kg

IMT : 29,2

Kesimpulan : Obesitas tingkat 1

6. **GENOGRAM :** (3 generasi / keturunan)



Keterangan:

- ⊗ : Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien

7. **PENGAJIAN POLA KESEHATAN**

1. **PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

1). **Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :**

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Op Hernia	25 tahun lalu
	Kapan	Catatan
	

2). **Data Subyektif**

Tn.E mengatakan sudah pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit Hernia dan telah dilakukan operasi pada saat dia berusia 31 tahun.

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Bersih, tidak ada ketombe
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan kulit : Bersih
- Kebersihan rongga mulut : Bersih, tidak ada karang gigi
- Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
- Kebersihan anus : Tidak dikaji

II. NUTRISI DAN METABOLIK**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn.E mengatakan tidak ada gangguan pada pola makan sebelum sakit; pasien makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring (kadang lebih) dengan lauk ikan, sayur dan pasien minum kurang lebih 8 gelas/hari.

b. Keadaan sejak sakit

Tn.E mengatakan sejak sakit setelah operasi nafsu makan menurun; karena masih merasa mual, belum ada makan tetapi minum sedikit; kurang lebih 6 sendok makan.

2). Data Obyektif**a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)**

- Keadaan nutrisi rambut : Warna rambut hitam pekat
- Hidrasi kulit : Kulit tampak kering
- Palpebrae : tidak edema
- Conjunctiva : tidak anemis
- Sclera : tidak ikterik
- Rongga mulut : Mukosa bibir tampak kering
- Gusi : tidak ada peradangan
- Gigi Geligi :
 - Utuh
 - Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas



(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : Masih mampu mengunyah keras

- Lidah : Bersih, warna merah muda

- Tonsil : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Pharing : Tidak ada peradangan

- Kelenjar parotis : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran

Tidak ada pembesaran

- Abdomen

= Inspeksi : Bentuk supel

= Auskultasi : Peristaltik 15X / menit

= Palpasi : Tanda nyeri tekan

* Massa tidak teraba

* Hidrasi kulit tidak ada masalah

* Nyeri tekan: R. Epigastrica

Titik Mc. Burney

R. Suprapubica

R. Illiaca

= Perkusi Tympani

* Ascites Negatif

Positif, Lingkar perut -/-Cm

- Kelenjar limfe inguinal Teraba ada pembesaran

Tidak teraba pembesaran



- Kulit :

= Uremic frost Negatif Positif

= Edema Negatif Positif

= Icteric Negatif Positif

= Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

Tidak ada masalah

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.E mengatakan BAB 1x sehari setiap pagi, konsistensi padat, tidak ada gangguan saat BAB BAK 6-8x sehari

b. Keadaan sejak sakit

Tn.E mengatakan sejak sakit setelah operasi belum ada BAB dan BAK

2). Data Obyektif

a. Observasi

Tn.E tampak berbaring diatas tempat tidur

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih
 Penuh kosong

- Nyeri ketuk ginjal :
= Kiri : Negatif Positif

= Kanan : Negatif Positif

- Mulut Urethra :

- Anus :

= Peradangan : Negatif Positif

= Hemoroid : Negatif Positif

= Penemuan lain :

**IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN****1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn.E mengatakan sebelum sakit dia selalu berkerja dibengkel dan sesekali kerja sebagai kuli bangunan dan mampu melakukan aktivitasnya dengan mandiri

b. Keadaan sejak sakit

Tn.E mengatakan setelah sakit hanya bisa berbaring ditempat tidur dan aktivitas terbatas dimana hanya dibantu oleh keluarga dan perawat karena nyeri yang dirasakan

2). Data Obyektif**a). Observasi****b). Aktivitas Harian**

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| - Makan | <input type="text" value="2"/> | 0 : mandiri |
| - Mandi | <input type="text" value="2"/> | 1 : bantuan dengan alat |
| - Berpakaian | <input type="text" value="2"/> | 2 : bantuan orang |
| - Kerapian | <input type="text" value="2"/> | 3 : bantuan orang dan alat |
| - Buang air besar | <input type="text" value="3"/> | 4 : bantuan penuh |
| - Buang air kecil | <input type="text" value="3"/> | |
| - Mobilisasi ditempat tidur | <input type="text" value="2"/> | |
| - Ambulansi | <input type="text" value="2"/> | |
| - Postur tubuh / gaya jalan | : Normal | |
| - Anggota gerak yang cacat | : tidak ada anggota tubuh yang cacat | |

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku :
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax : Normal

* Stridor Negatif Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif



* Sianosis Negatif Positif

= Palpasi : Vocal Fremitus

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 6 Dextra

Kesimpulan : Tidak ada pembesaran hepar

= Auskultasi :

Suara Napas : Vesikuler

Suara Ucapan : Normal

Suara Tambahan : Tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis :

= Palpasi : Ictus Cordis :

Thrill Negatif Positif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung :

Batas kanan jantung :

Batas kiri jantung :

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II Aorta :

Bunyi Jantung II Pulmonar :

Bunyi Jantung I Trikuspidalis:

Bunyi Jantung I Mitral :

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif
 Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat :

Grade :

HR :

- Lengan Dan Tungkai





= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di

= Rentang gerak : Normal

* Mati sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik : Normal

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi :

* Nyeri tekan : Negatif Positif

* N. VIII Rombeng Test :

Negatif

Positif

Tidak diperiksa, alasannya :

* Kaku duduk : Tidak ada masalah

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn. E mengatakan sebelum sakit bisa nyenyak tidur hingga 7 jam, mulai dari jam 22:00-05:00 WIB.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. E mengatakan semenjak sakit tidak ada gangguan pada pola tidur dan istirahat, pasien tidur dengan nyenyak

2). Data Obyektif**a). Observasi :**

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif

Positif

- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif

Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn. E mengatakan bahwa ia sudah mengetahui bahwa dirinya pernah menjalani operasi sebelumnya, tetapi Tn. E masih kurang patuh dan tidak mengontrol aktivitas yang dapat menyebabkan kekambuhan terhadap penyakitnya.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. E mengatakan sejak sakit klien merasa terganggu karena masih belum bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, klien berharap segera pulih kembali.

2). Data Obyektif**a). Observasi**

Pasien tampak lemah

b). Pemeriksaan Fisik**- Penglihatan**

= Cornea : Tampak normal

= Visus : Normal

= Pupil : Isokor

= Lensa Mata : Jernih

= Tekanan Intra Ocular (TIO): Normal

- Pendengaran

= Pina : Simetris

= Canalis : Normal

= Membran Tympani : Baik

= Tes Pendengaran : Normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :

Tn.E mampu merasakan rangsangan yang diberikan

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif**a. Keadaan sebelum sakit**

Tn.E mengatakan sebelum sakit tidak merasakan cemas ataupun takut

b. Keadaan sejak sakit

Tn.E mengatakan sejak sakit merasa cemas apabila penyakit

yang dialaminya kambuh kembali dan juga merasa cemas apabila tidak bisa merawat luka secara mandiri yang menyebabkan luka bekas operasi lama akan lama sembuh nantinya. Klien berharap bisa segera pulih kembali

2). Data Obyektif**a). Observasi****- Kontak mata saat bicara : Fokus****- Rentang perhatian : Perhatian penuh / fokus**

: Mudah teralihkan

: Tidak ada perhatian/tidak fokus

- Suara dan cara bicara : Jelas

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada

- Penggunaan protesa : Tidak Ada

- Bila ada pada organ : Hidung Payudara

Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn. E mengatakan berperan sebagai anak dan memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga serta masyarakat sekitar rumah.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. E mengatakan sejak dirawat hanya berkomunikasi seadanya saja kepada ibu dan adek perempuannya karena nyeri yang dirasakan

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. E tampak dijaga oleh ibu dan adek perempuannya.

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Tn.E mengatakan tidak ada masalah

b. Keadaan sejak sakit

Tn.E mengatakan tidak ada masalah

**2). Data Obyektif****a. Observasi**

-

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak dikaji

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn. E mengatakan jika merasa banyak pikiran, ia akan menenangkan diri dengan cara mencari kesibukan serta bercakap-cakap dengan teman dan keluarganya.

b. Keadaan sejak sakit

Tn. E mengatakan sejak sakit ketika merasa stres, ia akan berdoa dan hanya menenangkan diri ditempat tidur saja

2). Data Obyektif**a). Observasi**

Tn. E tampak berbaring ditempat tidur

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit :	= Keringat dingin	: Tidak ada
	= Basah	: Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Tn. E mengatakan sebelum sakit beragama kristen protestan dan setiap minggu pergi ke gereja untuk beribadah, serta sering mengikuti kegiatan pemuda digereja



b. Keadaan sejak sakit

Tn. E mengatakan sejak sakit sudah tidak pernah datang beribadah digereja dan tidak pernah mengikuti kegiatan pemuda digereja lagi.

2). Data Obyektif

Observasi

Tn. E tampak berdoa sebelum makan dan sesekali mendengarkan lagu rohani

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji,

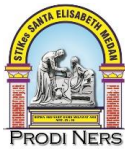
(Serlyn Gea)

**DATA PENUNJANG****DAFTAR TERAPI OBAT**

OBAT/ TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/ MANFAAT
IVFD Ringer Laktat	Obat Cairan & Elektrolit	Setiap hari per 8 jam	Membantu mengembalikan keseimbangan cairan dan elektrolit.
Inj. Cefoperazone	Antibiotik sefalosporin generasi ke-3	2x1	Antibiotik spektru luas yang digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri serius di berbagai bagian tubuh
Curcuma tablet	Golongan obat bebas	3x1	Membantu memelihara fungsi hati dan meningkatkan nafsu makan
Inj. Ketorolac	Golongan obat Antiinflamasi Nonsteroid (OAINS)	3x1	Membantu mengurangi nyeri sedang hingga berat dalam waktu jangka pendek.

Hasil Pemeriksaan

Hasil Lab	Normal	Hasil Foto Thorax :
1. WBC : 9.4. 10 [^] /mm ³	1. 3.8-10.60 10 [^] /mm ³	PA Erect
2. RBC : 5.2610 [^] /mm ³	2. 4.40-5.90 10 [^] /mm ³	Diaphragmae dan kedua sinus tampak normal
3. HB : 16.6 g/dl	3. 13.2-17.3 g/dl	Pada kedua lapang paru-paru tidak tampak kelainan neurologis
4. HCT : 48.4 %	4. 40.0-52.0 %	Jantung dalam batas normal
5. MCV : 92 um ³	5. 80-100 um ³	
6. MCH : 31.5 pg	6. 26.0-34.0 pg	
7. MCHC : 34.2 mg/dl	7. 32.0-36.0 mg/dl	
8. RDW : 12.3 %	8. 11.5-14.5 %	
9. PLT : 281 10 ^{^3} /mm ³	9. 150-400 10 ^{^3} /mm ³	
10. MPV : 8.0 um ³	10. 6.0-10.0 um ³	
11. LYM : 31.8 %	11. 25.0-40.0 %	
12. MON : 21.5 %	12. 2.0-8.0 %	
13. NEU : 36.2%	13. 50.0-70.0%	
14. EOS : 10.4%	14. 2.0-4.0 %	
15. BAS : 0.1 %	15. 0.0-1.0 %	
16. ALC : 2.960 /uL	16. 0-20 /uL	

**PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH**

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn.E/28 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosef 38.1

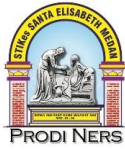
D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
Tn.E mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi. Nyeri dirasakan pada saat bergerak, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. lokasi nyeri berada di bawah abdomen regio illiaca dextra, nyeri yang dirasakan berada pada skala 6, yang meunjukkan nyeri sedang dan nyeri muncul sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak	<ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak meringis saat bergerak- Pasien tampak lemas- Aktivitas pasien tampak terbatas- TD: 110/60- P: 83x/m- RR: 20x/m- T: 36.C- SPO2: 98%- Skala nyeri : 6	Agen pencedara fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut (00132)
<ul style="list-style-type: none">- Tn.E mengatakan nafsu makan menurun- Tn.E mengatakan masih merasa mual- Tn.E mengatakan minum kurang lebih 6 sendok makan	<ul style="list-style-type: none">- Mukosa bibir tampak kering- Pasien tampak pucat- Intake oral belum adekuat- Pasien tampak lemas	Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (D.00002)

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**

<ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi- Pasien mengatakan cemas jika luka bekas operasinya lama sembuh- Pasien mengatakan belum tau cara merawat luka bekas operasi dengan benar	<ul style="list-style-type: none">- Terdapat bekas luka dibagian abdomen bawah dextra- luka tampak tertutup dengan perban- luka tampak bersih dan tidak ada cairan yang keluar- Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka	Efek prosedur infasiv	Resiko infeksi (D.00004)
--	---	-----------------------	--------------------------

**PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH**Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang**MEDAN**-0618214020-0618225509<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id**DIAGNOSA KEPERAWATAN****Nama/Umur** : Tn.E/28 tahun**Ruang/Kamar** : St. Yosef/38.1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, pasien tampak meringis ketika bergerak, pasien tampak gelisah dan menghindari pergerakan Kesimpulan : P: nyeri dirasakan pada saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri terdapat dibagian bawah abdomen dextra S: Skala nyeri sedang yaitu 6 T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak	Serlyn gea
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengasorbsi nutrien ditandai dengan pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan merasa mual, pasien mengatakan minum kurang lebih 6 sendok saja	Serlyn gea
3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv ditandai dengan pasien mengatakan luka bekas operasi terasa nyeri, pasien mengatakan cemas jika luka bekas operasinya lama sembuh, pasien mengatakan belum tau cara merawat luka bekas operasi dengan benar, terdapat bekas luka dibagian abdomen bawah dextra luka tampak tertutup dengan perban, luka tampak bersih dan tidak ada cairan yang keluar, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka Kesimpulan : TD: 110/60, P: 83x/m, RR: 20x/m, T: 36.C, SPO2: 98%	Serlyn gea

**PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH**

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

PRIORITAS MASALAH

Nama/Umur : Tn.E/28 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosef/38.1

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Nama jelas
1	18 November 2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi) (D. 00132)	Serlyn
2	18 November 2025	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (D.0036)	Serlyn
3	18 November 2025	Resiko infeksi (D.00004)	Serlyn

**PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH**Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang**MEDAN**-0618214020-0618225509<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id**RENCANA KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Tn.E/28 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosef/38.1

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi) (D. 00132)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perubahan selera makan• Perilaku kspresif• Ekspresi wajah nyeri• Sikap tubuh melindungi• Sikap melindungi area nyeri	<ul style="list-style-type: none">• Kontrol nyeri• Status kenyamanan• Nyeri: efek yang mengganggu <p>Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengenali kapan nyeri terjadi• Menggunakan analgesik yang direkomendasikan• Melaporkan nyeri yang terkontrol• Kontrol terhadap gejala• Perawatan sesuai dengan kebutuhan• Mampu mengkomunikasikan kebutuhan• Ketidaknyamanan tidak ada• Kehilangan nafsu makan tidak ada	<p>Manajemen nyeri (D.1400)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau beratnya nyeri dan faktor pencetus• Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi secara efektif• Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, suara bising)• Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi• Dukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri

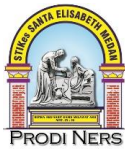
	<ul style="list-style-type: none"> Melaporkan intensitas menggunakan skala nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> Gangguan aktifitas fisik tidak ada 	
2	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (D.0036)</p> <p>Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nyeri abdomen Penyembuhan luka lambat Asupan makanan kurang dari recommended daily allowance Membran mukosa pucat 	<ul style="list-style-type: none"> Status nutrisi Nafsu makan Status kenyamanan <p>Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka</p> <ul style="list-style-type: none"> Asupan makanan normal Asupan cairan normal Hidrasi normal Energi untuk makan tidak terganggu Intake makanan tidak terganggu Intake cairan tidak terganggu Mampu menkomunikasikan kebutuhan 	<p>Manajemen cairan (4120)</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor status hidrasi (misal membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik) Monitor tanda-tanda vital pasien Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian Berikan terapi iv seperti yang ditentukan <p>Manajemen nutrisi (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien <p>Monitor nutrisi (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor turgor kulit dan mobilitas Monitor adanya mual muntah
3	<p>Resiko infeksi (D.00004)</p> <p>Definisi : Rentan pada invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kesulitan mengelola perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Keparahan infeksi Penyembuhan luka primer <p>Kriteria hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka</p> <ul style="list-style-type: none"> Kemerahan tidak ada Cairan luka yang berbau busuk tidak ada Demam tidak ada 	<p>Kontrol infeksi (6540)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi Batasi jumlah pengunjung Anjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi Pastikan teknik dan perawatan luka yang tepat



	luka <ul style="list-style-type: none">• Kerusakan integritas kulit• Kurang literasi kesehatan• Kurang pengetahuan untuk menghindari paparan patogen	<ul style="list-style-type: none">• Nyeri tidak ada• Peningkatan sel darah putih tidak ada• Memperkirakan kondisi tepi luka• Bau luka busuk tidak ada	
--	--	--	--



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.E/28 tahun

Ruang/Kamar : St. Yosef/38.1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
18/11/25	1	21.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) P: Nyeri luka bekas operasi Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illaca dextra S: Skala nyeri sedang yaitu 6 T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak	Serlyn
	1,3	22.00	Mengkolaborasi pemberian obat analgetik dan antibiotik dengan obat ➤ Ketorolac 30 mg ➤ Cefoperazone 1gr/iv	Serlyn
	1	22.10	Memonitor efek samping penggunaan analgetik yang diberikan Pasien masih merasakan nyeri ketika melakukan pergerakan	Serlyn
	1	23.15	Menganjurkan pasien untuk istirahat Pasien tampak tidur dengan nyenyak	Serlyn
19/11/2025	1,2,3	05.00	Memantau tanda-tanda vital pasien ➤ TD: 100/89mmHg ➤ T: 37.C ➤ RR: 20x/m ➤ HR: 98x/m ➤ SPO2:100%	Serlyn
	1	05.30	Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan Pasien masih mengeluh nyeri dan tampak meringis ketika melakukan	Serlyn

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**

			pergerakan	
	1	05.55	Memberikan edukasi kepada pasien untuk mobilisasi dini Pasien sudah bisa mika miki tetapi masih meringis	Serlyn
	2	06.30	Mengkolaborasikan pemberian obat ➤ Sucralfate	Serlyn
	2	07.00	Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi Pasien hanya menghabiskan setengah porsi diet yang diberikan dan minum 1 gelas atau setara 120ml air	Serlyn
	2	07.25	Memberikan terapi iv seperti yang ditentukan Terpasang infus RL 500cc	Serlyn
	1	08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) P: Nyeri luka bekas operasi Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illiaca dextra S: Skala nyeri sedang yaitu 6 T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak	Serlyn
	1	08.25	Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam	Serlyn
	1,3	10.00	Mengkolaborasikan pemberian obat analgetic dan antibiotik dengan obat ➤ Ketorolac 30 mg ➤ Cefoperazone 1gr/iv	Serlyn
	1,2,3	11.00	Memantau tanda-tanda vital pasien ➤ TD: 120/89 ➤ P: 88x/m ➤ RR: 20x/m ➤ T: 36.C ➤ SPO2: 100%	Serlyn
	2	12.00	Mengontrol diet pasien Pasien sudah dapat menghabiskan satu porsi diet yang diberikan dan minum 2 gelas atau setara 240ml air	Serlyn
	2	13.00	Memonitor status hidrasi pasien Mukosa bibir tampak lembab dan	Serlyn

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**

			hidrasi kulit normal tetapi pasien masih tampak lemas	
	3	13.15	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluarga	Serlyn
	1,2,3	14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	Serlyn
20/11/25	1,2	07.00	1. Memonitor keadaan umum pasien, pasien tampak duduk dikursi sebelah kanan tempat tidur, pasien terpasang triway, pasien tampak sesekali meringis ketika melakukan pergerakan 2. Mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) P: Nyeri luka bekas operasi Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio iliaca dextra S: Skala nyeri ringan yaitu 3 T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak	Serlyn
	2	07.15	Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi Pasien sudah bisa menghabiskan 1 porsi diet yang diberikan dan minum 2 gelas atau setara 240ml air	Serlyn
	1	08.00	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Serlyn
	1,3	10.00	Mengkolaborasikan pemberian obat analgetic dan antibiotik dengan obat ➤ Ketorolac 30 mg ➤ Cefoperazone 1gr/iv	Serlyn
	1,2,3	11.00	Memantau tanda-tanda vital pasien ➤ TD: 120/60 mmHg ➤ P: 82x/m ➤ RR: 20x/m ➤ T: 36.8C ➤ SPO2: 99%	Serlyn
	2	12.00	Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi Pasien sudah bisa makan dan minum tanpa ada gangguan	
	3	13.00	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien	Serlyn

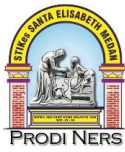


	3	13.05	Melakukan perawatan luka kepada pasien Luka tampak bersih,tidak ada cairan yang keluar dan tidak ada tanda-tanda infeksi	
	1,2,3	14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	Serlyn

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



PROGRAM STUDI NERS STIKes SANTA ELISABETH

Jln. Bunga Terompet No. 118, Kel. Sempakata
Kec. Medan Selayang

MEDAN-0618214020-0618225509

<http://stikeselisabethmedan.ac.id/>, email: stikes_elisabeth@yahoo.co.id

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn.E/28tahun

Ruang/Kamar : St. Yosef/38.1

Tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
18/11/2025	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">Pasien mengatakan nyeri masih terasa pada bekas luka operasi <p>P: Nyeri luka bekas operasi Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illiaca dextra S: Skala nyeri sedang yaitu 6 T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">Terpasang infus RL 20tpmPasien tampak lemasPasien tampak meringis ketika bergerakPasien tampak berbaring diatas tempat tidur <p>Tanda-tanda vital: TD: 110/60 P: 83x/m RR: 20x/m T: 36.C SPO2: 98%</p> <p>A : Nyeri Akut belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensifMengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamananMengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan	Serlyn



		<ul style="list-style-type: none">• Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi• Mendukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri	
	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn.E mengatakan nafsu makan menurun• Tn.E mengatakan masih merasa mual• Tn.E mengatakan minum kurang lebih 6 sendok makan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mukosa bibir tampak kering• Intake oral belum adekuat• Pasien tampak lemas <p>A: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Memonitor status hidrasi (mis membran mukosa lembab, denyut nadi adekuat, dan tekanan darah ortostatik)• Memonitor tanda-tanda vital pasien• Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian• Memberikan terapi iv seperti yang ditentukan• Mengidentifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien• Memonitor turgor kulit dan mobilitas• Memonitor adanya mual muntah	Serlyn
	3	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi• Pasien mengatakan cemas jika luka bekas operasinya lama sembuh• Pasien mengatakan belum tau cara merawat luka bekas operasi	Serlyn



		<p>dengan benar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terdapat bekas luka dibagian abdomen bawah dextra• luka tampak tertutup dengan perban• luka tampak bersih dan tidak ada cairan yang keluar• Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka <p>A : Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi• Membatasi jumlah pengunjung• Menganjurkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat• Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien• Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi• Memastikan teknik dan perawatan luka yang tepat	
Tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
19/11/25	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri masih terasa pada bekas luka operasi <p>P: Nyeri luka bekas operasi</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illiaca dextra</p> <p>S: Skala nyeri sedang yaitu 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terpasang infus RL 20tpm• Pasien tampak lemas• Pasien tampak meringis	Serlyn



		<p>tanda-tanda vital pasien</p> <ul style="list-style-type: none">➤ TD: 120/89➤ P: 88x/m➤ RR: 20x/m➤ T: 36.C➤ SPO2: 100% <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif• Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan• Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan• Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi• Mendukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri	
	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn.E mengatakan nafsu makan sedikit membaik• Tn.E mengatakan hanya bisa menghabiskan ½ porsi diet saja• Tn.E mengatakan minum kurang lebih 1 gelas saja setelah makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mukosa bibir lembab• Intake oral belum adekuat• Turgor kulit normal <p>A: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Memonitor tanda-tanda vital pasien• Memonitor makanan/cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori harian• Memberikan terapi iv seperti yang ditentukan• Mengidentifikasi adanya alergi atau	Serlyn



		intoleransi makanan yang dimiliki pasien	
		<ul style="list-style-type: none">• Memonitor turgor kulit dan mobilitas• Memonitor adanya mual muntah	
	3	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi• Pasien mengatakan cemas jika luka bekas operasinya lama sembuh• Pasien mengatakan belum tau cara merawat luka bekas operasi dengan benar <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terdapat bekas luka dibagian abdomen bawah dextra• luka tampak tertutup dengan perban• luka tampak bersih dan tidak ada cairan yang keluar• Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka <p>A : Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">• Mengganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi• Membatasi jumlah pengunjung• Mengajarkan pasien mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat• Mencuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien• Mengajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi• Memaastikan teknik dan perawatan luka yang tepat	Serlyn



Tanggal	DP	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
20/11/25	1	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">Pasien mengatakan nyeri masih ada ketika bergerak <p>P: Nyeri luka bekas operasi</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>R: Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen regio illiaca dextra</p> <p>S: Skala nyeri ringan yaitu 3</p> <p>T: Nyeri dirasakan sewaktu-waktu dan bertambah saat bergerak</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">Pasien terpasang triwayPasien tampak duduk dikursiPasien tampak melakukan mobilisasi diniPasien tampak sesekali meringis ketika melakukan pergerakan <p>tanda-tanda vital pasien</p> <ul style="list-style-type: none">➤ TD: 120/60 mmHg➤ P: 82x/m➤ RR: 20x/m➤ T: 36.8C➤ SPO2: 99% <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensifMengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamananMengendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamananMengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologiMendukung istirahat atau tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri	Serlyn
	2	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">Tn.E mengatakan nafsu makan sudah	



		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none">• Tn.E mengatakan sudah tidak mual lagi• Tn.E mengatakan sudah bisa menghabiskan 1 porsi diet yang diberikan• Tn.E mengatakan sudah bisa minum kurang lebih 2 gelas atau setara 240ml setelah makan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mukosa bibir tampak lembab• Intake oral sudah adekuat• Pasien tampak menghabiskan 1 porsi diet yangdiberikan• Pasien tampak minum 2 gelas air setelah makan <p>A: Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	Serlyn
	3	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terdapat bekas luka dibagian abdomen bawah dextra• luka tampak tertutup dengan perban• luka tampak bersih dan tidak ada cairan yang keluar• Tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka <p>A : Resiko infeksi sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Serlyn

BAB 4 PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada pasien yaitu didapatkan Tn. E berusia 28 Tahun, jenis kelamin laki-laki, dengan diagnosa medis Post Op hernia dan pengkajian yang dilakukan pada pasien didapatkan data keluhan nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 6, mual dan penurunan nafsu makan. Riwayat penyakit pernah menjalani operasi hernia pada saat Tn.E berusia 3 tahun.

Pengkajian ini sejalan dengan tinjauan teori yang didapatkan dimana dari hasil pengkajian sama dengan manifestasi klinis yang tertera pada teori yang menyatakan bahwa pasien post op hernia akan mengalami beberapa tanda dan gejala seperti salah satunya nyeri dimana pembedahan yang dilakukan akan menyebabkan kerusakan jaringan sehingga dapat memicu terjadinya atau timbulnya rasa nyeri pasca operasi atau pembedahan.

Nyeri pasca operasi menjadi hal yang umum dialami oleh pasien bedah dewasa, dengan beberapa faktor yang mempengaruhi seperti usia dan luasnya sayatan. Nyeri timbul pada pasca operasi berkaitan dengan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, dipicu oleh respons inflamasi terhadap trauma bedah akibat aktifnya nosiseptor visceral (Farah *et al.*, 2025).

Selain nyeri juga muncul keluhan lain yaitu penurunan nafsu makan akibat mual. Adapun respon yang dapat mempengaruhi seperti respon neurologis, gastrointestinal, inflamasi dan psikologis. Anastesi yang digunakan pada pasien post op hernia dapat memperlambat pergerakan lambung dan usus sehingga menimbulkan rasa mual, kembung atau rasa tidak nyaman diperut. Selain itu

proses operasi juga dapat memicu respon inflamasi dan pelepasan hormon yang dapat menekan pusat regulasi nafsu makan di hipotalamus. Pada respon gastrointestinal dapat menyebabkan penurunan motilitas lambung dan usus akibat pembedahan dan efek obat, sehingga pengosongan lambung melambat dan menimbulkan distensi yang memicu mual.

Penelitian (Meishintiara et al., 2025) juga yang mengatakan bahwa post op hernia, merupakan bagian dari sistem pencernaan sehingga terjadinya perubahan fungsi fisiologis organ, sehingga salah satu komplikasi pasca operasi adalah *post operative nausea and vomiting*.

Tanda dan gejala lain seperti perdarahan atau hematoma, hidrokokel dan edema pada skrotum, tidak di temukan pada kasus sebab perdarahan atau hematoma itu dapat terjadi pada post op hernia jika ada cedera pembuluh darah saat prosedur operasi terutama berkaitan pada proses fiksasi yang berisiko menyebabkan robekan pada pembuluh darah atau jaringan lunak di area operasi, sehingga hal ini muncul sementara pada kasus saya tidak ada (Irmayanto, 2024). Hidrokel juga terjai akibat cedera atau kebocoran pada pembuluh limfatik (lymphatic vessels) selama perbaikan hernia karena cairan limfatik yang bocor berkumpul di kantung skrotum (Nakaseko et al., 2023).

Data diatas menunjukkan bahwa pengkajian pada teori dengan kasus tidak selaras. Penulis menyimpulkan bahwa pasien tidak mengalami perdarahan atau hematoma serta hidrokokel, hal ini di pengaruhi oleh beberapa faktor, seperti pada proses pembedahan yang dilakukan dengan tepat dan adekuat sehingga tidak memicu terjadinya perdarahan, serta kepatuhan pasien terhadap perawatan

dapat berkontribusi dalam pencegahan tanda gejala maupun komplikasi yang dapat timbul. Maka dari itu penulis tidak menemukan tanda dan gejala maupun komplikasi tersebut pada kasus.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori didapatkan 6 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post op hernia yaitu, Pola napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru, nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit/jaringan, defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan informasi tentang perawatan post operasi, sedangkan pada kasus ada 3 diagnosa yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi), Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dan Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Pasien post operasi tentunya akan mengalami nyeri pada luka sayatan. Diagnosis nyeri akut penting diperhatikan pada pasien post op hernia karena operasi menyebabkan luka pada jaringan, yang dapat memicu rasa sakit tiba-tiba. Nyeri akan muncul akibat proses peradangan dan kerusakan jaringan di area operasi. Jika nyeri tidak ditangani, pasien akan kesulitan bergerak atau beraktivitas, yang justru memperlambat proses penyembuhan.

Sejalan dengan penelitian (Rahmawati & Maliya, 2025) yang mengatakan, setelah operasi hernia inguinalis, pasien sering merasakan nyeri saat bergerak,

yang dapat digambarkan seperti rasa tertusuk. Nyeri pasca operasi disebabkan oleh luka insisi, dan nyeri tersebut akan semakin meningkat seiring berkurangnya efek anestesi.

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi juga sangat relevan diangkat pada pasien post operasi karena setelah tindakan pembedahan tentunya tubuh akan mengalami penurunan nafsu makan akibat nyeri, efek anestesi dan mual. Kondisi tersebut dapat beresiko menyebabkan asupan nutrisi menjadi tidak adekuat.

Nafsu makan yang menurun setelah operasi sangat berpengaruh pada proses pemulihan si pasien. Penilaian nutrisi secara dini pada pascaoperasi sangat penting mengukur asupan energi dan protein. Perawatan nutrisi pasca operasi sangat penting karena sering terjadi penurunan berat badan yang cepat, yang menyebabkan hilangnya massa otot, dan hal ini sangat berkaitan dengan kelangsungan hidup (Debles *et al.*, 2024).

Diagnosa resiko infeksi dapat ditegakan pada pasien post operasi hernia, dikarenakan tindakan pembedahan akan menimbulkan adanya luka insisi sehingga menjadi pintu masuk mikroorganisme. Selain itu kondisi luka yang lembab ataupun perawatan luka yang kurang optimal akan beresiko menimbulkan infeksi pada luka.

Sejalan dengan penelitian (Wilson & Farooque, 2022) yang mengatakan bahwa resiko infeksi setelah operasi perbaikan hernia elektif secara signifikan lebih tinggi pada pasien post op hernia dan dapat mengakibatkan komplikasi yang sangat berbahaya setelah hernia.

Berdasarkan diagnosa yang ada pada teori ada 3 diagnosa yang tidak diangkat sesuai kasus yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru, obstruksi trakeobronkial, diagnosa yang kedua kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit/jaringan, dan diagnosa yang ketiga kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan informasi .

Penulis tidak mengangkat diagnosa yang pertama yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru, obstruksi trakeobronkial karena secara klinis pasien tidak menunjukkan tanda-tanda gangguan ventilasi seperti takipnea, penggunaan otot bantu napas, atau penurunan saturasi oksigen, dan juga selama hasil pengkajian pasien menunjukkan frekuensi napas dalam batas normal, pola napas teratur, dan tidak ada keluhan sesak.

Sejalan dengan penelitian (Sakti & Maria, 2022) yang mengatakan penyebab utama dari komplikasi pulmonal pada pasien pembedahan abdomen adalah berkurangnya pemenuhan kapasitas paru karena adanya tahanan pada otot pernapasan. Kegagalan otot pernapasan pasca pembedahan dapat menurunkan kapasitas vital, tidal volume dan kapasitas total paru. Adapun komplikasi pasca pembedahan meliputi infeksi pernapasan, kegagalan pernapasan, efusi pleura, atelektasis paru, peneumothoraks, bronchopasme, pneumonia, emboliparu dan edema paru.

Diagnosa yang kedua kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit/jaringan, penulis juga tidak mengangkat diagnosa tersebut dikarenakan luka pada bekas operasi pasien sudah dibalut dan diberikan

jahitan dan tampak bersih, tidak ada tanda kerusakan kulit yang abnormal. Pada hasil pengkajian tidak menunjukkan adanya kerusakan jaringan yang melebihi insisi bedah yang terkontrol dan dalam proses penyembuhan luka normal. Luka operasi yang bersih, tidak ada kemerahan berlebihan, tidak ada eksudat purulen dan tidak ada tanda infeksi menunjukkan bahwa integritas kulit masih dalam batas penyembuhan fisiologis.

Sejalan dengan penelitian (Sari & Mustain, 2022) yang mengatakan gangguan integritas kulit dan jaringan merupakan kerusakan lapisan kulit (dermis dan epidermis) dan jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang rawan, kapsul sendi dan ligamen). Penegakkan sebuah diagnosis keperawatan yaitu memenuhi kriteria ditemukannya 80-100% tanda gejala mayor.

Diagnosa kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemaparan informasi tentang perawatan post operasi, penulis juga tidak mengangkat karena pada proses perawatan pasien mampu menerima edukasi yang diberikan dan selama proses perawatan serta edukasi pasien mampu mengulangi kembali informasi yang diberikan, mengikuti anjuran dengan benar, dan tidak menunjukkan kebingungan atau misinterpretasi.

Sejalan dengan penelitian (Khoeriyah *et al.*, 2024) yang mengatakan peran perawat sangat penting dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang hernia. Salah satunya upaya rehabilitatif dengan cara memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien post op hernia agar mengkonsumsi makanan tinggi serat, dan menghindari mengangkat beban terlalu berat. Pada saat melakukan pengkajian

dan implementasi, pasien belum memahami tentang penyakitnya dan masih terlihat bingung ketika ditanya mengenai penyakitnya.

4.3 Intervensi Keperawatan

Dalam kasus pasien dengan post op hernia ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan NIC (Nursing Intervention Classification) dengan aktivitas-aktivitas rencana tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (NIC,2013). Pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut didapatkan dari buku NIC yang diambil yaitu manajemen nyeri hal 198, diharapkan kriteria hasil: mengenali kapan nyeri terjadi, menggunakan analgesik yang direkomendasikan, melaporkan nyeri yang terkontrol, kontrol terhadap gejala, perawatan sesuai dengan kebutuhan, mampu mengkomunikasikan kebutuhan, ketidaknyamanan tidak ada, kehilangan nafsu makan tidak ada, gangguan aktifitas fisik tidak ada.

Sejalan dengan penelitian (Virgianti, 2025) yang mengatakan intervensi pada pasien dengan diagnosa nyeri akut mencakup pengkajian nyeri secara komprehensif hingga kolaborasi pemberian analgesik sebagai upaya untuk menurunkan intensitas nyeri.

Diagnosa kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang diambil dari NIC yaitu manajemen cairan hal 157, manajemen nutrisi hal.197, monitor nutrisi hal.235, diharapkan kriteria hasil asupan makanan normal, asupan cairan normal, hidrasi normal, energi untuk makan tidak terganggu, intake makanan tidak terganggu, intake cairan tidak terganggu, mampu mengkomunikasikan kebutuhan.

Diagnosa ketiga resiko infeksi dengan intervensi kontrol infeksi hal.134: kemerahan tidak ada, cairan luka yang berbau busuk tidak ada, demam tidak ada, nyeri tidak ada, peningkatan sel darah putih tidak ada, memperkirakan kondisi tepi luka, bau luka busuk tidak ada.

Sejalan dengan penelitian (Efendi *et al.*, 2025) yang mengatakan intervensi ketiga difokuskan pada upaya pencegahan infeksi, dimana perawat memberikan edukasi terkait tanda dan gejala infeksi serta memberikan tindakan terapeutik berupa membatasi jumlah pengunjung dan memberikan perawatan luka serta mengganti balutan luka sesuai prosedur, serta memberikan anjuran meningkatkan asupan nutrisi untuk mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh pasien terhadap infeksi.

Menurut asumsi penulis bahwa intervensi yang dilakukan kepada pasien telah terlaksana sehingga tidak terdapat perbedaan perencanaan tindakan keperawatan menggunakan strategi pelaksanaan yang sesuai dengan masalah yang dimiliki pasien, strategi yang dilakukan untuk memantau kondisi pasien serta evaluasi yang mendukung keberhasilan perkembangan pasien sehingga tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan tercapai.

4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan Post op hernia sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di. Dalam pelaksanaan implementasi pada pasien berdasarkan NIC yaitu manajemen nyeri dengan pemberian terapi farmakologi berupa analgetic dan antibiotic, memberikan terapi

non farmakologi berupa relaksasi napas dalam, serta memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan dan mengidentifikasi skala nyeri.

Dalam pelaksanaannya penulis melakukan teknik relaksasi nafas dalam kepada pasien untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Sejalan dengan penelitian (Krismonika & Rohmah, 2023) yang mengatakan nyeri post operasi sering menjadi masalah bagi klien dan merupakan hal yang sangat mengganggu. Latihan relaksasi napas dalam meningkatkan inflasi alveolar maksimal dan relaksasi otot memperlambat laju pernafasan dan mengurangi kerja pernapasan. Didapatkan bahwa relaksasi napas dalam efektif dalam menurunkan nyeri post hernioraphy.

Dalam mengurangi nyeri penulis juga melakukan pelaksanaan pemberian terapi farmakologi yaitu dengan pemberian obat analgetic. Terapi farmakologi berupa pemberian terapi analgesik sedangkan terapi non farmakologi merupakan upaya-upaya mengatasi nyeri dengan menggunakan pendekatan non farmakologi berupa intervensi perilaku kognitif (Nurul & Noor, 2022).

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dalam pelaksanaan implementasi pada pasien post op hernia berdasarkan NIC yaitu memonitor status hidrasi pasien, memonitor makanan dan cairan serta memberikan cairan IV, diamana hal tersebut dapat mendukung peningkatan pemulihan si pasien.

Sejalan dengan penelitian (Weimann et al., 2023) yang mengatakan penghindaran terapi nutrisi apa pun berisiko menyebabkan kekurangan gizi selama masa pascaoperasi setelah operasi besar. Mengingat bahwa malnutrisi dan kekurangan gizi merupakan faktor risiko komplikasi pascaoperasi, pemberian

makan enteral dini sangat relevan untuk setiap pasien bedah yang berisiko. Sebagai komponen kunci dari program peningkatan pemulihan pasca operasi, manajemen nutrisi merupakan tantangan antarprofesional. Program peningkatan pemulihan pasca operasi ini juga mencakup strategi metabolik untuk mengurangi stres perioperatif dan meningkatkan hasil.

Diagnosa risiko infeksi dengan intervensi yang dilakukan berupa pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka, membatasi jumlah pengunjung serta membantu aktivitas pasien dan mendedukasi tanda dan gejala infeksi. Sejalan dengan penelitian (Efendi *et al.*, 2025) yang mengatakan pasien dapat mengalami sejumlah efek samping salah satunya potensi luka pada operasi, perdarahan maupun kerusakan saraf dan pembuluh darah. Perawatan pasca operasi hernia harus dilaukan dengan benar untuk memengaruhi rasa pemulihan dan mengurangi risiko masalah seperti mengganti perban secara rutin.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain. Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Bustan, 2023).

Pada evaluasi keperawatan yang dilakukan 3 hari pada tanggal 18 november-20 november 2025 didapatkan pada pasien Tn.E tujuan yang ditentukan belum tercapai sepenuhnya, pada diagnosa nyeri akut, pasien masih mengeluh nyeri ketika melakukan pergerakan serta mobilisasi dini dengan skala nyeri dari 6 ke 3.

Sejalan dengan penelitian (Afdhal *et al.*, 2022) yang mengatakan dari hasil implementasi yang dilakukan selama 3 hari sudah dilaksanakan dengan komprehensif dengan acuan rencana keperawatan serta berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Untuk diagnosa nyeri akut didapatkan masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.

Diagnosa yang kedua ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sudah teratasi dimana pada hari ketiga pasien sudah mampu menghabiskan diet 1 porsi dan minum kurang lebih 2 gelas setelah makan. Begitupun dengan data objektif didapatkan bahwa mukosa bibir lembab dan turgor kulit sudah normal.

Diagnosa yang ketiga resiko infeksi tidak terjadi sehingga sudah teratasi sudah teratasi dimana pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang dan nyeri berada pada skala 6 ke skala 3 yaitu ringan. Walaupun masih terdapat luka bekas operasi tetapi luka sudah tampak bersih, dan tidak ada tanda tanda infeksi yang muncul.

Sejalan dengan penelitian (Ridlo *et al.*, 2022) yang mengatakan pada proses perawatan pasca operasi menginstruksikan pasien untuk memeriksa sayatan, tanda-tanda peradangan atau pembengkakan dan timbulnya demam. Dari



hasil evaluasi hari ke 3 didapatkan pada diagnosa resiko infeksi tidak terjadi ditandai dengan skala nyeri menurun menjadi 3, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, dan tidak ada panas.

Dapat disimpulkan bahwa hasil evaluasi keperawatan tidak adanya masalah yang teratasi sepenuhnya. Pada kondisi ini penulis berasumsi ketidakberhasilan disebabkan oleh kurangnya waktu dalam melakukan perawatan. Maka perlu dilakukannya kembali intervensi - intervensi keperawatan yang penulis buat seperti mengevaluasi nyeri yang dirasakan agar keluhan nyeri akut yang dialami pasien dapat berkurang dan teratasi sepenuhnya.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kasus dari asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.E dengan masalah Post Op Hernia di Ruang Santo Yosef Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025 dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengkajian keperawatan pada kasus Post Op Hernia didapatkan bahwa yang perlu dikaji adalah nyeri, lokasi, intensitas, karakteristik dan skala nyeri, serta tanda-tanda vital. Hasil dari pengkajian yang dilakukan yaitu terdapat nyeri, mual dan penurunan nafsu makan.
2. Diagnosa keperawatan pada kasus Post Op Hernia didapatkan 3 diagnosa keperawatan yang penulis angkat yaitu
 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik (prosedur operasi) (NANDA 00132)
 2. Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (NANDA 0036)
 3. Resiko infeksi (NANDA 00004)
3. Intervensi keperawatan pada kasus Post Op Hernia yang penulis susun diambil dari buku NIC seperti diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedara fisik dilakukan manajemen nyeri, ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dilakukan monitor hidrasi dan tanda-tanda vital serta memonitor mual muntah, Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dilakukan intervensi berupa memberikan perawatan luka yang tepat.

4. Implementasi keperawatan pada kasus Post Op Hernia yang dilakukan penulis pada diagnosa nyeri akut yaitu manajemen nyeri dengan memberikan obat analgesic dan melakukan terapi non farmakologis berupa teknik relaksasi napas dalam, diagnosa ketidakseimbangan nutrisi yaitu memberikan terapi IV yang telah ditentukan dan untuk diagnosa resiko infeksi yaitu dilakukan perawatan luka sesuai dengan SOP.
5. Evaluasi keperawatan dengan kasus Post Op Hernia ini adalah memantau tingkat nyeri, meningkatnya nafsu makan serta ada atau tidaknya resiko infeksi pada luka bekas operasi. Dari hasil evaluasi hari ke tiga didapatkan nyeri yang dirasakan pasien sudah mulai berkurang, pada hari kedua nafsu makan pasien telah meningkat serta pasien sudah bisa mobilisasi sendiri tanpa bantuan keluarga dan perawat dan pada hari ketiga tidak terdapat tanda maupun gejala resiko infeksi.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komperhensif pada kasus kelolaan pasien makan penulis dapat menyampaikan beberapa saran:

1. Bagi pasien dan keluarga

Keluarga mampu melaksanakan perawatan terhadap penyakit serta senantiasa meningkatkan derajat kesehatan dan keluarga, dan tetap melakukan pengobatan dengan selalu kontrol secara teratur setelah pasien diperbolehkan pulang.



2. Bagi perawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.E sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan SOAP yang ada.

3. Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan pada penulis selanjutnya bisa menjadikan karya ilmiah ini sebagai referensi dalam penyusunan berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- A.Pierce, G., & Nail, B. A. (2006). *At A Glance Ilmu Bedah*. Erlangga.
- Adeodatus, H. Y. (2017). *Deteksi Dini & Atasi 31 Penyakit Bedah Saluran Cerna (DIGESTIF)*. Penerbit Andi.
- Afdhal, Sitio, R., Rimadeni, Y., & Muna, N. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Operatif Hernia Inguinalis : Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan, 1*.
- Arif, M., & Kumalam, S. (n.d.). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika.
- Aristi, K. M., & Meynur, R. (2023a). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia Inguinalis Dengan Intervensi Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Diruang Mawar RSUD Kabupaten Tangerang. *Jurnal Keperawatan Mandira Cendekia, 2*.
- Aristi, K. M., & Meynur, R. (2023b). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia Inguinalis Dengan Intervensi Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Diruang Mawar RSUD Kabupaten Tangerang. *Jurnal Keperawatan Mandira Cendekia, 2*.
- Brunner, S. (2013). *Text Book Of Medical Surgical Nursing* (12th ed.).
- Christoper, N. A. (2023). Prevalensi dan Karakteristik Pasien Hernia Inguinalis di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Riset Rumpun Ilmu Kedokteran, 2*.
- Debles, P. F., Chambrier, C., & Slim, K. (2024). Postoperative nutrition in the setting of enhanced recovery programmes. *European Journal of Surgical Oncology*.
- Diah, N. P. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. EduGorilla Community.
- Donna, I. D., MS, RN, & Annef. (2009). *Medical Surgical Nursing* (6th ed.). Saunder Elsevier.
- Efendi, A., Zaikudin, A., & Sujono. (2025). Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Post Operasi Hernioraphypada Hernia Inguinalis Lateralis Dekstra Di Ruangmawar 2 RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *Jurnal Ilmu Kesehatan, 21*.
- Farah, F., Dian, H., & Maemunah. (2025). Penerapan Relaksasi Aromaterapi Jeruk Terhadap Nyeri Post Operasi Hernia Inguinal Lateral. *Ners, 9*.



- Fiki, W., Yunita, Y. G., Tri, I. W., Fatimah, & Liyanovitasari. (2025). *Buku Ajar Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis*. PT.Green Pustaka Indonesia.
- Irmayanto, T. (2024). 14(1) (2025) Jurnal Kedokteran Unram <https://journal.unram.ac.id/index.php/jku/submissions> _____ Email: tomiirmayanto247@gmail.com Copyright © (2025), The Author(s). This article is distributed under a Lisensi Creative Commons Atribusi 4.0 Internasional. *Jurnal Kedokteran UNRAM*, 8.
- Khoeriyah, K., Zakiudin, A., & Sukirno. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Tn. Sdengan Post Operasi Hernioraphypada Hernia Inguinalis Lateralis Dextradi Ruang Mawar 2RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal*. 2.
- Lewis's. (2020). *Medical Surgical Nursing*.
- Lewis, Heitkemper, & Dirksen. (2013). *Meducal Surgical Nursing*. Elseiver.
- M, B., & Dwi, P. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *Jurnal Keperawatan*, 6.
- Mei, V., Anik, I., & Sapti, A. (2025). Implementasi Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi. *Cendekia Muda*, 5.
- Meishintiara, H., Novitasari, D., & Tri Sumarni. (2025). Gambaran Kejadian Post Operative Nausea And Vomitingpada Pasien Bedah Digestif Pasca Operasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*.
- Nabila, & Nurulaini. (2024). *Faktor Resiko Kejadian Hernia Inguinalis Pada Usia Dewasa Hingga Lanjut Di Rsud Dr Pirngadi Kota Medan*.
- Nabila, P. A., Nur, A. F. F., Raditya, A. F. B., Salsabila, C., Wardha, A. N., & Zikru, H. (2023). *Inguinal Hernia: Diagnosis and Management*.
- Nakaseko, Y., Yoshida, M., Kamada, T., Nakashima, K., Ohdaira, H., & Suzuki, Y. (2023). Testicular hydrocele postoperative laparoscopic inguinal hernia repair may be caused lymphatic leakage proved by indocyanine fluorescent dye: A case report. *PMC*.
- Nuraeni, & Ikit, w N. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia Ingunalis Lateralis Sinistra Dengan Nyeri Akut Di Ruang Edelwise Rsud Dr. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga. *Cakrawala Ilmiah*, 2.
- Nurul, H., & Noor, F. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Hernia Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Dan Nyaman*.
- Rahmawati, E., & Maliya, A. (2025). *Pengaruh Relaksasi Ototprogresif Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Hernia Inguinalis*. 6.

- Reza, M. I., & Mada, D. S. (2022). Hernia. *Continuing Medical Education*.
- Ridho, A. N., Hamidatus, S. D., & Dian, R. L. (2025). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Hernia Inguinalis Lateralis Pre Dan Post Hernioraphy : Studi Kasus*. 12.
- Ridlo, M., Sania, N., & Putri, G. K. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dan Tn. F Dengan Post Operatif Hernia Inguinalis Di Ruang Bedah Rsu Kota Tanggerang Selatan. *Journal Of Nursing Scientific*, 2.
- Sakti, R. P., & Maria, R. (2022). Breathing Exercise Untuk Meningkatkan Fungsi Respirasi Pada Pasien Pasca Pembedahan Abdomen. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6.
- Santi, C. U., Alwin, W., Nafarin, R. N., & Muhammad, A. (2023). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia di ruang rawat inap RS Islam Lumajang. *Jurnal Forum Kesehatan*, 13.
- Santi, U. C., Alwin, W., Rahmat, N. N., & Muhammad, A. (2023). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia di ruang rawat inap RS Islam Lumajang. *Forum Kesehatan*, 13.
- Saputro, W., Yudha, M. B., & Andini, A. (2026). *Pengaruh Pemberian Terapi Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah RSUD dr. Soedirman Kebumen*. 8.
- Sari, D. N. M., & Mustain, M. (2022). Gambaran Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Pada Pasien Post Op Debridement Atas Indikasi Ulkus Dm Pedis Dextra Di Desa Lungge Kabupaten Temanggung. *Journal of Nursing Research*.
- Smeltzer, C. Suzanne, Bare, G. Brenda, Hinkle, L. Janice, Cheever, H. K. (2015). *Brunner & Suddarth's Textbook Medical Surgical Nursing* (12th ed.).
- Suratun, & Lusianah. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sitem Gastrointestinal*. Trans Info Media Jakarta.
- Virgianti, F. N. (2025). Asuhan Keperawatan Dengan Pemberian Terapi Relaksasi Otot Progresif Untuk Mengatasi Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Hernia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 11.
- Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hubner, M., Klek, S., & Laviano, A. (2023). Clinical nutrition in surgery. *ESPEN Pratical Guideline*.
- Wilson, R. B., & Farooque, Y. (2022). Risiko dan Pencegahan Infeksi Lokasi Operasi Setelah Perbaikan Hernia dengan Mesh dan Kegunaan Prediktif ACS-NSQIP. *Jurnal Bedah Gastrointestinal*, 26.



LAMPIRAN

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

Evidence Based Practice (EBP)

Post operasi merupakan kelanjutan perawatan pra dan intra operasi. Fase ini berlangsung sejak pasien masuk ruang pemulihan hingga evaluasi di rumah. Fokus utama perawatan pada fase ini adalah memantau efek anestesi, menjaga stabilitas fungsi vital, serta mencegah terjadinya komplikasi. Operasi menimbulkan trauma jaringan yang dapat menyebabkan nyeri. Salah satu masalah pasca operasi adalah nyeri akibat kerusakan jaringan yang mengekspos kulit dan mengaktifkan saraf sensorik. Impuls dari saraf ini menuju tanduk posterior sumsum tulang belakang hingga otak, memunculkan persepsi nyeri.

Manajemen nyeri mencakup metode farmakologis, seperti penggunaan analgesik non-opioid (Aspirin, Paracetamol, Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac) maupun opioid (Morfin, Oksikodon, Hidrokodon, Fentanil, Kodein), serta metode non-farmakologis seperti terapi imajinasi terbimbing. Terapi ini memanfaatkan kekuatan pikiran sadar dan bawah sadar untuk menghadirkan visualisasi menenangkan sehingga membantu mengurangi intensitas nyeri pasca operasi.

Penggunaan terapi imajinasi terbimbing memengaruhi sistem saraf otonom dengan menciptakan kondisi relaksasi. Relaksasi ini merangsang hipotalamus untuk melepaskan Corticotropin Releasing Factor (CRF), yang memicu kelenjar pituitari menghasilkan Proopioidmelanocortin (POMC). Selanjutnya akan meningkatkan produksi enkephalin oleh medula adrenal dan endorfin oleh pituitari. Endorfin dan enkephalin berfungsi sebagai neurotransmitter yang menimbulkan perasaan nyaman, sehingga pasien lebih mampu mengontrol dan mengurangi nyeri (Saputro *et al.*, 2026).

Standar Operasional Prosedur *Guided Imagery Terapy*

1.	Definisi	Terapi guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu
2.	Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Mencapai kondisi relaksasi2. Menimbulkan respon psikofisiologis yang3. Mengurangi nyeri
3.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Persiapan klien<ol style="list-style-type: none">a. Persiapan lingkungan yang nyaman dan tenangb. Jelaskan tujuan prosedurc. Membuat kontrak waktud. Berikan privasi kliene. Mengatur posisi nyaman2. Persiapan alat<ol style="list-style-type: none">a. Menyiapkan musik relaksasib. Menyiapkan sound speakerc. Menyiapkan naskah guided imagery3. Pelaksanaan<ol style="list-style-type: none">a. Bantu klien ke posisi yang nyaman yaitu posisi bersandar dan minta klien untuk menutup matanya selama prosedurb. Meminta klien untuk menarik napas dalam dan perlahan sebanyak 3 kali untuk merelaksasikan semua otot dengan mata tetap terpejamc. Meminta klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman dengan mata terpejam yang membantu penggunaan semua indra dengan suara yang lembutd. Saat klien membayangkan dengan mata tetap terpejam, klien dipandu untuk menjelaskan bayangannya dengan ditanya :<ul style="list-style-type: none">• Apa yang dibayangkan• Dilakukan bersama siapa bayangan menyenangkan tersebut• Kapan bayangan menyenangkan dilakukan• Dimana bayangan menyenangkan itu terjadi• Seberapa sering hal menyenangkan dilakukane. Jika klien menunjukkan tanda-tanda gelisah atau tidak nyaman, hentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien telah siapf. Relaksasi akan mengenai seluruh tubuh. Setelah



		<p>15 menit klien dipandu keluar dari bayangannya</p> <p>g. Catat hal-hal yang digambarkan klien untuk digunakan pada latihan selanjutnya dengan menggunakan informasi spesifik yang diberikan klien dan tidak membuat perubahan pernyataan klien</p> <p>4. Terminasi</p> <p>a. Menanyakan perasaan klien setelah relaksasi guided imagery</p> <p>b. Mengucapkan salam</p>
--	--	--

