

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PASCA OPERASI HERNIA SKROTALIS DEXTRA PADA Tn. D DI RUANG WIJAYA KUSUMARSUD KRATON PEKALONGAN**



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat guna  
memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh :

Mu'amarudin

13.1682.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKALONGAN PEKALONGAN  
TAHUN 2016**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi Hernia Skrotalis Dekstra Pada Tn. D Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2016” yang disusun oleh Mu’amarudin telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, Juni 2016

Pembimbing KTI

Tri Sakti Wirotomo,S.Kep.,Ns.M.Kep

NIK:12.001.116

## **LEMBAR PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi Hernia Skrotalis Dekstra Pada Tn. D Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2016” yang disusun oleh Mu’amarudin telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Firman Faradisi, M.N.S

NIK:11.001.106

Tri Sakti Wirotomo, S.Kep.,Ns.M.Kep

NIK:12.001.116

Mengetahui

Ka. Prodi DIII Keperawatan

Stikes Muhammadiyah Pekajangan

Herni Rejeki, M.Kep, Ns, Sp. Kep. Kom

NIK: 96.001.01

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Pekalongan, 22 Juni 2015

Yang Membuat Pernyataan

Mu'amarudin  
NIM : 13.1682.P

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi Hernia Skrotalis Dekstra Pada Tn. D di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tahun 2016”.

Penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik. Untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Direktur RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan
2. Kepala ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan.
3. Mochamad Arifin, Skp.M.kep, selaku ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
4. Herni Rejeki, M.Kep, Ns,Sp.Kep.Kom, selaku Ka.Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
5. Tri Sakti Wirotomo, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku pembimbing dan penguji II Karya Tulis Ilmiah.
6. Firman Faradisi, M.N.S selaku penguji I Karya Tulis Ilmiah.
7. Segenap dosen & staf tata usaha STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

8. Kedua orang tua yang telah memberikan do'a dukungan secara moril dan materil kepada penulis
9. Teman-teman angkatan 2013 yang penuh dengan kenangan.

Penulis sadar dan yakin bahwa manusia tidak ada yang sempurna. Begitu juga dengan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kesalahan yang penulis tidak sadari. Penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari pembaca untuk penulis.

Penulis

## Daftar Isi

LEMBAR PERSETUJUAN .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	vi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian .....	5
B. Etiologi .....	5
C. Patofisiologi .....	6
D. Penatalaksanaan medis.....	8
E. Penatalaksanaan pasca operasi .....	9
F. Gambaran klinis .....	9
G. Asuhan keperawatan .....	10
BAB III RESUME KASUS	
A. Pengkajian .....	17
B. Diagnosa Keperawatan .....	18
C. Intervensi, implementasi, evaluasi .....	18

## BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian .....	22
B. Diagnosa Keperawatan .....	23
C. Intervensi .....	24
D. Implementasi .....	26
E. Evaluasi .....	28

## BAB V PENUTUP

A. Simpulan .....	30
B. Saran .....	31

Daftar Pustaka .....	32
----------------------	----

## Lampiran

Lampiran 1. *Pathways*

Lampiran 2. Surat keterangan magang KTI

Lampiran 3. Asuhan keperawatan

Lampiran 4. Lembar konsultasi



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Pembangunan serta pengembangan suatu negara telah memberikan dampak yang signifikan pada masyarakatnya, tidak terkecuali di Indonesia. Dampak tersebut telah mengubah pola struktur masyarakat dari agraris menjadi industri. Hal tersebut menuntut manusia untuk berusaha memenuhi kebutuhannya dengan usaha yang ekstra, tentu itu mempengaruhi pola hidup dan kesehatannya yang dapat menyebabkan kerja tubuh yang berat, yang dapat menimbulkan kelelahan dan kelemahan dari berbagai organ tubuh. Kebiasaan hidup tersebut dapat menyebabkan terjadinya penyakit seperti hernia.

Menurut Pierce & Borley (2006, hal. 118) hernia merupakan penonjolan *viskus* atau sebagian dari *viskus* melalui celah yang abnormal pada selubungnya. Menurut Sjamsuhidajat & Jong (2011, hal. 619) hernia inguinalis adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui anulus inguinalis yang terletak di sebelah lateral *vaso epigastrika eksternus*. Sehingga dapat disimpulkan hernia adalah penonjolan suatu organ atau isi perut melalui lubang disekitarnya akibat lemahnya organ atau jaringan bersangkutan.

Adapun insiden menurut *World Health Organization* (WHO) selama tahun 2010, di Indonesia tercatat 32,9% atau sekitar 78,2 juta penduduk dengan kondisi kegemukan. Jika dibandingkan dengan data obesitas pada tahun 2008 yang hanya 9,4%, maka dapat disimpulkan bahwa angka obesitas di Indonesia semakin meningkat. Penyakit hernia di Indonesia menempati urutan ke delapan dengan jumlah 291.145 kasus. Obesitas atau kelebihan berat badan secara alami akan memiliki tekanan internal yang lebih besar. Tekanan internal tersebut dengan mudah dapat mendorong jaringan lemak dan organ internal menjadi hernia.

Jumlah penderita hernia di Jawa Tengah selama bulan Januari-Desember 2007 diperkirakan 425 penderita (Fitria, 2014).

Hernia ada beberapa macam diantaranya adalah inguinalis *indirect*, inguinalis *direct*, femoral, umbilikal dan *insisional*. Hernia skrotalis dapat terjadi karena *anomaly congenital* atau karena sebab yang didapat (akuistik). Hernia dapat dijumpai pada setiap usia dan jenis kelamin, prosentase lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan dengan perempuan. Berbagai faktor penyebab berperan pada pembukaan pintu masuk hernia pada annulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantung dan isi hernia. Disamping itu disebabkan pula oleh faktor yang dapat mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar tersebut (Nuari 2015, hal. 229).

Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan dilipat paha. Benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan, mengangkat beban berat atau dalam posisi berdiri dapat timbul kembali. Bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri, keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan asimetri pada kedua sisi lipat paha, skrotum atau pada labia dalam posisi berdiri dan berbaring pasien diminta mengejan dan menutup mulut dalam keadaan berdiri palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya dan coba didorong apakah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak. Kadang cincin hernia dapat diraba berupa anus inguinalis yang melebar (Nuari 2015, hal. 229).

Data rekam medis yang didapatkan penulis di RSUD Kraton Kota Pekalongan khususnya di ruang Wijaya Kusuma didapatkan data dari Januari sampai Desember pada tahun 2014 sebanyak 161 penderita. Sedangkan pada Januari sampai Desember pada tahun 2015 sebanyak 164 penderita. Dari jumlah pasien tersebut, sebagian besar yang mengalami pasca operasi hernia merupakan laki-laki dengan mayoritas usia lanjut. Hal ini membuktikan bahwa angka kesakitan lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan.

Penulis mengangkat kasus hernia ini dikarenakan melihat dari prevalensi penderita hernia yang cukup tinggi. Hal ini dibuktikan dari hasil data prevalensi penyakit hernia dari RSUD Kraton mengalami kenaikan. Selain karena prevalensi hernia yang cukup tinggi, penulis juga tertarik untuk mengangkat kasus ini karena penulis ingin menerapkan proses keperawatan pada pasien pasca operasi hernia, sehingga dapat mengetahui bagaimana kondisi sebenarnya pasien pasca operasi. Pada pasien pasca operasi biasanya muncul nyeri, hambatan mobilitas fisik, dan resiko infeksi. Apabila tidak ditangani dengan benar akan memperburuk keadaan klien. Berdasarkan uraian latar belakang di atas penulis tertarik untuk mengambil kasus “Asuhan Keperawatan Pasca Operasi Hernia Skrotalis Dekstra Pada Tn. D Di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kota Pekalongan”

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pasca operasi hernia dengan menggunakan proses keperawatan.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu melaksanakan pengkajian klien dengan kasus pasca operasi hernia skrotalis dekstra.
- b. Mampu menganalisa masalah-masalah yang muncul pada klien pasca operasi hernia skrotalis dekstra.
- c. Mampu memprioritaskan masalah dan merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra.
- d. Mampu menyusun rencana keperawatan pada klien dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra.
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra.

- f. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra.
- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra.

### **C. Manfaat**

1. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan
  - a. Dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi akademi keperawatan
  - b. Dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dan teknologi sejalan dengan perkembangan yang sangat pesat
2. Bagi Profesi Keperawatan
  - a. Dapat meningkatkan ilmu pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan serta penulisan karya tulis ilmiah sesuai dengan ilmu dan data yang didapatkan.
3. Bagi Penulis
  - a. Mengerti dan mampu menerapkan asuhan pada pasien pasca operasi hernia skrotalis.
  - b. Memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam penerapan asuhan keperawatan khususnya pada pasien pasca operasi hernia skrotalis.
  - c. Meningkatkan keterampilan dalam memberi asuhan keperawatan khususnya pada pasien pasca operasi hernia skrotalis.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Pengertian**

Menurut Nuari (2015, hal. 229) hernia merupakan penonjolan serat atau ruas organ atau jaringan melalui lubang yang abnormal. Hernia adalah keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010 hal. 91). Hernia adalah protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan (Amin & Kusuma, 2015 hal. 76). Hernia inguinal adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui annulus inguinalis yang terletak di sebelah lateral vaso epigastrika eksternus (Sjamsuhidajat & Jong, 2011 hal. 619). Sehingga dapat disimpulkan hernia adalah penonjolan suatu organ atau isi perut melalui lubang disekitarnya akibat lemahnya organ atau jaringan bersangkutan.

Menurut Demawan & Rahayuningsih (2010, hal. 92) jenis hernia ada beberapa macam diantaranya inguinalis *indirect* adalah batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma ke dalam kanalis inguinalis. Inguinalis *direct* adalah batang usus melewati dinding inguinal bagian *posterior*. *Femoral* adalah batang usus melewati *femoral* kebawah kedalam kanalis *femoralis*. Umbilikal adalah batang usus melewati cincin umbilikal. *Incisional* adalah batang usus atau organ lain menonjol melalui jaringan perut yang lemah.

#### **B. Etiologi**

Menurut Nuari (2015, hal. 229) hernia skrotalis dapat terjadi karena *anomaly congenital* atau karena sebab yang didapat (akuisistik). Hernia dapat dijumpai pada setiap usia, prosentase lebih banyak terjadi pada pria berbagai

faktor penyebab berperan pada pembukaan pintu masuk hernia pada anulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantung dan isi hernia, disamping itu disebabkan pula oleh faktor yang dapat mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka. Faktor yang dapat dipandang berperan kausal adalah adanya peninggian tekanan di dalam rongga perut, dan kelemahan otot dinding perut, dan kelemahan otot dinding perut karena usia, jika kantung hernia inguinalis lateralis mencapai skrotum disebut hernia skrotalis.

Penyebab lain yang memungkinkan terjadinya hernia adalah hernia inguinalis *indirect*. Terjadi pada suatu kantong kongiental dan prosesus vaginalis, kerja otot yang terlalu kuat, mengangkat beban yang berat, batuk kronik, mencejan sewaktu miksi dan defekasi, peregangan otot abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen (TIA). Seperti obesitas dan kehamilan, kelemahan abdomen bisa disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang didapat sesudah lahir dan usia dapat mempengaruhi kelemahan dinding abdomen (semakin bertambah usia dinding abdomen semakin melemah). Peningkatan tekanan intra abdomen diantaranya mengangkat beban berat, batuk kronis, kehamilan, kegemukan dan gerak badan yang berlebih, bawaan sejak lahir pada usia kehamilan 8 bulan terjadi penurunan testis melalui kanalis inguinal menarik peritoneum dan disebut plekus vaginalis, peritoneum hernia karena canalis inguinalis akan tetap menutup pada usia 2 bulan (Nuari 2015, hal. 229).

### **C. Patofisiologi**

Menurut Nuari (2015, hal. 229) kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus pada bulan ke-8 kehamilan, desensus testis melalui kanal tersebut, akan menarik perineum ke dalam srkotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritoneum. Pada bayi yang baru lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut, namun dalam beberapa hal seringkali kanalis ini tidak menutup karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis

inguinalis kanan lebih sering terbuka, bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup namun karena merupakan *lokus minoris persistence*, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra abdominal meningkat, kanalis tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateral akuisita. Keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra abdominal adalah kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat beban berat, miksi misalnya pada hipertropi prostat.

Apabila isi hernia keluar melalui hernia peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam hernia kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus, dan bila berlanjut tonjolan akan sampai ke skrotum yang disebut juga hernia skrotalis. Tindakan bedah pada hernia dilakukan dengan anestesi general atau spinal sehingga akan mempengaruhi sistem saraf pusat (SSP) yang berpengaruh pada tingkat kesadaran, depresi pada SSP juga mengakibatkan reflek batuk menghilang. Selain itu pengaruh anestesi juga mengakibatkan produksi sekret trakeobronkial meningkat sehingga jalan nafas terganggu, serta mengakibatkan peristaltik usus menurun yang berakibat pada mual dan muntah, sehingga beresiko terjadi aspirasi yang akan menyumbat jalan nafas.

Prosedur bedah akan mengakibatkan hilang cairan, hal ini karena kehilangan darah dan kehilangan cairan yang tidak terasa melalui paru-paru dan kulit. Insisi bedah mengakibatkan pertahanan primer tubuh tidak adekuat (kulit rusak, trauma jaringan, penurunan kerja silia, statis cairan tubuh). Luka bedah sendiri juga merupakan jalan masuk bagi organisme patogen sehingga sewaktu-waktu dapat terjadi infeksi. Rasa nyeri timbul pada semua jenis operasi, karena terjadi torehan, tarikan, manipulasi jaringan dan organ. Dapat juga terjadi karena

kompresi/stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena ischemi jaringan akibat gangguan suplai darah ke salah satu bagian, seperti karena tekanan, spasme otot atau hematoma.

#### **D. Penatalaksanaan medis**

Menurut Amin & Kusuma (2015, hal. 76) penanganan hernia ada dua macam:

1. Konservatif.

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

- a. Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam kavum peritoneum atau abdomen. Reposisi dilakukan secara manual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak-anak.

- b. Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sklerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari kavum peritoneum.

- c. Sabuk hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

2. Operasi

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

- a. *Herniotomy*



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

*b. Hernioraphy*

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

*c. Hernioplasty*

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

## **E. Penatalaksanaan pasca operasi**

Penatalaksanaan setelah operasi diantaranya adalah hindari hal-hal yang memicu tekanan di rongga perut, tindakan operasi dan pemberian analgesik pada hernia yang menyebabkan nyeri, berikan obat sesuai resep dokter, hindari mengejan, mendorong atau mengangkat benda berat. Jaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, mengganti balutan seteril setiap hari pada hari ketiga setelah operasi kalau perlu. Hindari faktor pendukung seperti konstipasi dengan mengkonsumsi diet tinggi serat dan masukan cairan yang adekuat (Amin & Kusuma, 2015 hal. 76).

## **F. Gambaran klinis**

Menurut Nuari (2015, hal. 229) pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha. Benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan, mengangkat beban berat atau

dalam posisi berdiri dapat timbul kembali, bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri. Keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan asimetri pada kedua sisi lipat paha, skrotum atau pada labia dalam posisi berdiri dan berbaring pasien diminta mengejan dan menutup mulut dalam keadaan berdiri palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia. Diraba konsistensinya dan coba didorong apakah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak, kadang cincin hernia dapat diraba berupa anulus inguinalis yang melebar.

Pemeriksaan melalui skrotum, jari telunjuk dimasukan ke atas lateral dari tuberkulum pubikum, ikuti fasikulus spermatikus sampai ke anulus inguinalis lateralis pada keadaan normal jari tangan tidak dapat masuk, bila masa tersebut menyentuh ujung jari maka itu adalah hernia inguinalis lateralis, sedangkan bila menyentuh sisi jari maka itu adalah hernia inguinalis medialis. Pada umumnya terapi operatif merupakan terapi satu-satunya yang rasional. Beberapa masalah yang sering terjadi pada fase pasca operasi antara lain kesadaran menurun, sumbatan saluran nafas, hipoventilasi, hipotensi, aritmi kardiak, shok, nyeri, distensi kandung kemih, cemas, aspirasi isi lambung. Tindakan operatif dilakukan dengan melakukan insisi pada tubuh sehingga tubuh memerlukan waktu untuk penyembuhan luka. Luka bedah karena dilakukan dengan disertai teknik aseptik pada umumnya penyembuhannya lancar dan cepat.

## **G. Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan menurut Nuari (2015, hal. 229)

### **1. Fokus Intervensi**

#### **a. Data subjektif**

##### **1) Sebelum operasi**

Adanya benjolan di selangkangan, kemaluan atau skrotum nyeri di daerah benjolan meski jarang dijumpai kalau ada biasanya dirasakan di daerah epigastrium atau daerah paraumbilikal berupa

nyeri viseral karena regangan pada mesenterium sewaktu segmen usus halus masuk ke dalam kantong hernia. Nyeri yang disertai mual, muntah, kembung.

Riwayat penyakit terdahulu: riwayat batuk kronis dan tumor intraabdominal, bedah abdominal.

Riwayat penyakit sekarang : merasa ada benjolan di skrotum bagian kanan atau kiri dan kadang-kadang mengecil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat beban berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai mual-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis metabolik, abses, fistel, peritonitis.

2) Sesudah operasi

Nyeri di daerah operasi, lemas, pusing, mual dan kembung

b. Data objektif

1) Inspeksi

Hernia reponibel terdapat benjolan di lipat paha yang muncul pada waktu berdiri, batuk, bersin atau mengedan dan menghilang setelah berbaring.

2) Palpasi

Caranya : titik tengah antara SIAS (*Spina Iliaca Anterior Superior*) dengan tuberkulum pubicum ditekan lalu pasien disuruh mengejan. Jika terjadi penonjolan di sebelah maka dapat diasumsikan bahwa itu hernia inguinalis medialis. Titik yang terletak di sebelah lateral tuberkulum pubikum ditekan lalu pasien disuruh mengejan jika terlihat benjolan di lateral titik yang kita tekan maka dapat diasumsikan sebagai hernia inguinalis

Hernia inguinalis : kantong hernia yang kosong kadang dapat diraba pada funikulus spermatikus sebagai gesekan dua permukaan sutera , tanda ini disebut tanda sarung tangan sutera. Kantong hernia yang

berisi mungkin teraba usus, omentum (seperti karet), atau ovarium. Dalam hal hernia dapat direposisi pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien mulai mengedan kalau hernia mulai menyentuh ujung jari berarti hernia inguinalis lateralis dan kalau sampai jari yang menyentuh menandakan hernia inguinalis medialis.

3) Perkusi

Bila didapatkan perkusi perut kembung maka kemungkinan hernia strangulata. Hipertimpani, terdengar pekak

4) Auskultasi

Hiperperistaltis didapatkan pada auskultasi abdomen pada hernia yang mengalami obstruksi usus (hernia inkarserata)

5) Colok dubur

Tonjolan hernia yang nyeri yang merupakan tanda *howship-romberg* (hernia obturatoria)

6) Pemeriksaan test diagnostik : rontgen, USG

7) Tanda-tanda vital: temperatur meningkat, pernafasan meningkat, nadi meningkat, tekanan darah meningkat.

8) Hasil laboratorium

Leukosit > 10.000 – 18.000 / mm<sup>3</sup> serum elektrolit meningkat

2. Pengkajian pasca operasi

Pada umumnya klien dengan pasca operasi akan mengalami nyeri yang hebat sehingga diperlukan pengkajian nyeri dengan prinsip PQRST (Muttaqin 2008, h.120).

a) *Provoking Incident.*

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan.

b) *Quality of Pain.*

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien.

c) *Region, Radiation, Relief.*

Area yang dirasakan nyeri pada klien. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

d) *Severity (Scale) of Pain.*

Biasanya klien hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5-7 dari skala pengukuran 1-10.

e) *Time.*

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk.

### 3. Diagnosa

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan, gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot.
- b. Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan.
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.

### 4. Rencana asuhan keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan, gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot

Tujuan nyeri teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Klien nampak rileks
- 2) Klien mengatakan nyeri berkurang
- 3) Skala nyeri 0-2

Intervensi

- 1) Kaji skala lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri

Rasional: Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan luka

2) Kaji tanda-tanda vital

Rasional: Adanya rasa nyeri kemungkinan klien akan mengalami penurunan tekanan darah

3) Kaji penyebab ketidaknyamanan yang mungkin terjadi selain dari prosedur operasi

Rasional: Ketidaknyamanan mungkin disebabkan penekanan pada kateter indwelling yang tidak tetap, selang NGT, pemasangan jalur parenteral

4) Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam seperti semifowler, miring

Rasional: Perubahan posisi mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan sirkulasi

5) Ajarkan penggunaan teknik relaksasi misalnya relaksasi nafas dalam, bimbingan imajinasi

Rasional: Melepaskan tegangan emosional dan otot, meningkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping

6) Berikan perawatan oral reguler

Rasional: Mengurangi ketidaknyamanan yang dihubungkan dengan membran mukosa dan mulut

7) Observasi efek analgesik

Rasional: Respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik

8) Berikan obat sesuai indikasi, analgesik

Rasional: Menimbulkan penghilangan rasa sakit yang lebih efektif

b. Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan

Tujuan: tidak terjadi infeksi pada insisi pembedahan dengan kriteria hasil:

- 1) Mencapai pemulihan luka tepat pada waktunya
- 2) Luka insisi bebas dari tanda-tanda infeksi

Intervensi

- 1) Pantau tanda-tanda vital

Rasional: Demam dapat mengindikasikan terjadinya infeksi

- 2) Lakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien

Rasional: Mengurangi risiko terjadinya kontaminasi mikroorganisme

- 3) Kaji insisi dan balutan luka, penyatuan luka, karakteristik drainase, adanya tanda-tanda infeksi pada luka

Rasional: Memberikan deteksi dini adanya infeksi dan memberikan pengawasan penyembuhan luka

- 4) Lakukan perawatan luka dengan teknik steril

Rasional: Mencegah terjadinya infeksi, dan mengurangi kontaminasi mikroorganisme

- 5) Berikan antibiotik sesuai indikasi

Rasional: Menurunkan penyebaran dan pertumbuhan mikroorganisme

c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Kriteria hasil:

- 1) klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas.
- 2) klien tidak nyeri pada saat aktivitas.
- 3) Klien berpartisipasi dalam program latihan.
- 4) Klien mencapai keseimbangan saat duduk.

Intervensi:

- 1) Berikan posisi yang benar.

Rasional: pemberian posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur, merendakan tekanan, mencegah neuropati.

- 2) Bantu klien dalam melakukan aktifitas progresif.

Rasional: keterbatasan aktifitas tergantung pada kondisi yang khusus tapi biasanya berkembang dengan pesat.

- 3) Anjurkan klien untuk banyak istirahat.

Rasional: mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya karena terlalu banyak melakukan aktivitas yang tidak perlu dapat menguras energi.

- 4) Ubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam.

Rasional: mencegah dan menurunkan insiden komplikasi dan mengurangi rasa nyeri karena komplikasi dapat terjadi karena kurangnya penanganan.

- 5) Kolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktivitas.

Rasional: mengurangi rasa nyeri pada klien.



### **BAB III**

### **RESUM KASUS**

#### **A. PENGKAJIAN**

Klien bernama Tn D, berjenis kelamin laki-laki, berumur 58 Tahun, beragama islam, menikah, pendidikan SD, bekerja sebagai buruh, bertempat tinggal di Dukuh Kedawung Rt 06/03 Kelurahan Werdi Kecamatan Wonokerto Kabupaten Pekalongan. Tanggal masuk 11 januari 2016 jam 10.30 WIB, dengan diagnosa medis Hernia Skrotalis Dekstra. Klien datang ke rumah sakit dengan keluhan skrotum membesar dan terasa nyeri. Penanggung jawab klien adalah Ny. K umur 54 tahun bekerja sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SD, Ny. K adalah istri dari Tn. D.

Pada tanggal 11 januari 2016 Tn. D datang ke RSUD Kraton pada pukul 10.00 WIB tempatnya di poli penyakit dalam dengan keluhan utama nyeri pada daerah skrotum dan dianjurkan untuk operasi. Lalu pada tanggal 12 januari 2016 klien menjalani operasi hernia. Pada saat pengkajian pada tanggal 12 januari 2016 jam 14.15 WIB didapatkan data klien mengatakan nyeri bekas operasi P (*Provoking*) : klien mengatakan nyeri setelah operasi Q (*Quality*): nyeri seperti di tusuk-tusuk R (*Region*) : perut bagian kanan bawah S (*Skala*): skala 6 T (*Time*): terus-menerus klien tampak meringis kesakitan, lemes, terdapat luka pasca operasi pada perut kanan bawah, semua aktivitas dibantu keluarga mobilisasi tingkat aktivitas 3 (memerlukan bantuan orang lain), TD 130/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 82 x/menit, Rr 22 x/ menit.

## **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang ditandai dengan Klien mengatakan nyeri bekas operasi, P: Nyeri post operasi hernia, Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: perut kanan bawah, S: skala 6, T: terus menerus, klien tampak meringis menahan nyeri, TD 130/80 mmHg, nadi 83x/menit.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang ditandai dengan klien mengatakan belum bisa beraktifitas seperti biasa, aktivitas di bantu oleh keluarga, lemas, mobilisasi tingkat aktivitas 2 (memerlukan bantuan orang lain), TD 130/80 mmHg, suhu 37°C, RR 22 x/menit, nadi 82x/menit.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan yang ditandai dengan klien mengatakan nyeri luka operasi, terdapat luka operasi pada perut bawah bagian kanan, klien terlihat mringis kesakitan, TD 130/80 mmHg, suhu 37°C, RR 22x/menit, nadi 82x/menit.

## **C. INTERVENSI, IMPLEMENTASI, DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan nyeri akan berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil nyeri berkurang atau hilang, klien tampak rileks, skala nyeri 1-3.

Intervensi untuk mengatasi nyeri akut klien antara lain monitor tanda-tanda vital, berikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan, ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, kaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas (nyeri 1-10), kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik sesuai indikasi.

Implementasi yang diberikan selama tiga hari yaitu monitor tanda-tanda vital, memberikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan, mengajarkan

teknik relaksasi nafas dalam, mengkaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas (nyeri 1-10), mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik sesuai indikasi.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 14.15 wib adalah masalah nyeri akut belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri luka operasi, P : nyeri pasca operasi hernia, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : perut kanan bawah, S : skala nyeri 6, T : terus-menerus, klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri, TD : 130/80 mmHg, Nadi 82x/menit.

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2015 pukul 14.15 wib adalah masalah nyeri akut belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri luka setelah operasi, P : nyeri pasca operasi hernia, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : perut kanan bawah, S : skala nyeri 4, T : nyeri hilang timbul, klien tampak meringis menahan nyeri saat bergerak, lemas, TD : 120/80 mmHg, suhu : 37,5<sup>0</sup>C, N 85x/menit, RR 20x/menit.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2015 pukul 14.15 wib adalah masalah nyeri akut teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri setelah operasi berkurang, klien terlihat relaks.

## 2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan klien akan menunjukkan tindakan aktivitas secara mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas, klien tidak nyeri pada saat aktivitas.

Intervensi untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik pada Tn. D antara lain bantu klien dalam melakukan aktivitas progresif, anjurkan klien untuk banyak istirahat, awasi tekanan darah dalam melakukan aktivitas, ubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam, kolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktivitas.

Implementasi yang dilakukan selama tiga hari yaitu membantu klien dalam melakukan aktivitas progresif, menganjurkan klien untuk banyak istirahat, mengawasi tekanan darah dalam melakukan aktivitas, mengubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam, mengkolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktivitas.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 14.15 wib adalah masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan belum bisa beraktivitas seperti biasa, klien terlihat lemas, pucat, mobilitas terganggu, kegiatan dibantu oleh keluarga, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, RR : 22x/menit, suhu: 37,5<sup>0</sup>C.

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 pukul 14.15 wib adalah masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan masih merasa nyeri saat duduk dan bergerak, klien terlihat pucat, lemas, TD 120/80 mmHg, N: 85 x/menit.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 14.15 wib adalah masalah hambatan mobilitas fisik sudah teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan sudah tidak nyeri, lemas berkurang, sudah bisa ke toilet dan merubah posisi secara mandiri, klien terlihat rileks, aktivitas dilakukan secara mandiri, TD 120/80 mmHg, suhu 37,5<sup>0</sup>C, N 87 x/menit, RR 20x/menit.

### 3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan

Tujuan infeksi tidak terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil terjadi peningkatan penyembuhan luka yang baik.

Intervensi untuk mengatasi masalah resiko infeksi antara lain monitor tanda-tanda vital, pertahankan aseptik saat ganti balut hari ketiga, observasi luka insisi dan adanya tanda-tanda infeksi, pertahankan balutan kering, kolaborasi dengan tim medis pemberian antibiotik sesuai terapi.

Implementasi yang dilakukan selama tiga hari yaitu memonitor tanda-tanda vital, mempertahankan aseptik saat ganti balut hari ketiga, mengobservasi luka insisi dan adanya tanda-tanda infeksi, mempertahankan balutan kering, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian antibiotik sesuai terapi.

Evaluasi pada tanggal 12 Januari 2016 pukul 14.15 WIB adalah masalah resiko infeksi belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri luka setelah operasi, terdapat luka operasi pada perut bagian kanan bawah, klien terlihat meringis kesakitan, TD 120/80 mmHg, suhu 37<sup>0</sup>C , N 82 x/menit, RR 22 x/menit.

Evaluasi pada tanggal 13 Januari 2016 pukul 14.15 WIB adalah masalah resiko infeksi belum teratasi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri luka setelah operasi berkurang, terdapat luka operasi pada perut kanan bawah, tidak ada rembesan, lemas.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 pukul 14.15 WIB adalah masalah resiko infeksi tidak terjadi ditunjukkan dengan klien mengatakan nyeri luka post operasi sudah tidak nyeri, keadaan luka baik, tidak edema, tidak ada nanah, tidak kemerahan, TD : 120/80 mmHg, suhu 37<sup>0</sup>C, Nadi 87 x/menit, RR: 20x/menit

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang “ Asuhan keperawatan pasca operasi hernia skrotalis dextra pada Tn. D di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kota Pekalongan” berdasarkan pengkajian dari tanggal 11-14 Januari 2016. Penulis menemukan 3 diagnosa berdasarkan data pendukung yang ditemukan pada pasien. Penulis membagi dalam 5 (lima) proses keperawatan yaitu meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Dalam melakukan pengkajian penulis menggunakan format yang telah ada pada format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (KMB). Selama proses pengkajian penulis tidak menemukan hambatan, pasien dan keluarga kooperatif sehingga mempermudah penulis untuk mengumpulkan data. Penulis mengkaji dari semua aspek meliputi: aspek bio-psiko-sosial-kultural-spiritual.

Dari pengkajian yang penulis lakukan pada Tn. D, pada tanggal 12 Januari 2016 mengkaji semua aspek dan sistem dalam asuhan keperawatan Hernia Skrotalis Dekstra di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Kota Pekalongan didapatkan data dari aspek bio: data subjektif: data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri bekas operasi, P: Nyeri pasca operasi hernia, Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: perut kanan bawah, S: Skala 6, T: terus menerus, klien tampak meringis kesakitan, lemes, terapat luka post operasi pada perut kanan bawah, semua aktivitas dibantu keluarga mobilisasi tingkat aktivitas 3 (memerlukan bantuan orang lain), TD 130/80 mmHg, suhu 37 °c, nadi 82 x/menit, Rr 22 x/ menit.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian didapat prioritas masalah keperawatan yaitu:

### **1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik**

Nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*international association for the study of pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan (Nanda 2012, hal 604).

Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri bekas operasi, P: nyeri pasca operasi hernia, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R : perut bagian kanan bawah, S : skala 6, T : terus-menerus. Data objektif yaitu pasien terlihat meringis menahan nyeri. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas yang utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

Diagnosa ini menjadi prioritas utama karena saat pengkajian keluhan utama adalah nyeri, klien yang mengalami nyeri akan menyebabkan gangguan rasa nyaman dan gangguan pola tidur. Hal ini dapat mengganggu proses penyembuhan pada klien. Sehingga penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagai prioritas utama

### **2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri**

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nanda 2012, hal 304).

Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yaitu klien mengatakan belum bisa beraktifitas seperti biasa. Data objektif yaitu, lemas, aktivitas di bantu oleh keluarga, mobilitas terganggu, tingkat aktivitas 2(memerlukan bantuan orang lain) TD: 130/80 mmHg, suhu 37,5°C, nadi 82x/menit, RR 22 x/menit.

Diagnosa ini sebagai prioritas yang kedua karena diagnosa ini bukan masalah utama. Namun apabila keterbatasan mobilisasi tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan otot-otot tubuh klien menjadi kaku. Oleh karena itu klien harus dilatih aktivitas secara mandiri seperti ke kamar mandi untuk BAK dan BAB dan aktivitas lainnya.

### 3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan

Resiko infeksi adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik (Nanda 2012, hal 531).

Penulis menegakan diagnosa ini, berdasarkan data subjektif yang mendukung yaitu klien mengatakan nyeri luka operasi. Data objektif yaitu terdapat luka operasi pada perut bawah bagian kanan, klien terlihat mringis kesakitan, TD 130/80 mmHg, suhu 37,5°C, nadi 82x/menit, RR 22 x/menit. Diagnosa ini menjadi prioritas yang ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka post operasi yang dibalut kassa, apabila luka tidak segera ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan menghambat proses penyembuhan pada klien karena terjadi infeksi.

## C. Intervensi

Intervensi yang di susun untuk diagnosa nyeri akut yang bertujuan nyeri post operasi akan berkurang atau hilang dan kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil nyeri berkurang atau hilang, klien tampak rileks, skala nyeri 1-3.



Intervensi keperawatan yang akan dilakukan adalah monitor tanda-tanda vital, rasional: untuk mengetahui apakah ada perdarahan pada jaringan karena perdarahan jaringan dapat menyebabkan nekrosis. Kaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas (nyeri 1-10), rasional: memantau derajat ketidaknyamanan dan keefektifan analgetik atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi karena terjadinya komplikasi akan memperburuk kondisi klien. Berikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan rasional: posisi yang nyaman membantu pasien menurunkan spasme otot sehingga mengurangi rasa nyeri karena posisi nyaman dapat mengurangi nyeri pada klien. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, rasional: untuk menurunkan ketegangan otot mengfokuskan kembali perhatian agar tidak tertuju pada nyeri karena ketegangan otot dapat meningkatkan rasa nyeri. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat ketorolak 2x30 mg, rasional: mengurangi rasa nyeri

Intervensi yang disusun untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik yang bertujuan klien akan menunjukkan tindakan aktivitas secara mandiri dan kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas, klien tidak nyeri pada saat aktivitas.

Intervensi keperawatan yang akan dilakukan antara lain bantu klien dalam melakukan aktivitas progresif, rasional: keterbatasan aktivitas tergantung pada kondisi yang khusus tetapi biasanya berkembang dengan lambat sesuai toleransi karena aktivitas yang berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka. Anjurkan klien untuk banyak istirahat, rasional: mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya karena terlalu banyak melakukan aktivitas yang tidak perlu dapat menguras energi. Ubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam, rasional: mencegah dan menurunkan insiden komplikasi dan mengurangi rasa nyeri karena komplikasi dapat terjadi karena kurangnya

penanganan. Kolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktivitas, rasional: mengurangi rasa nyeri pada klien.

Intervensi yang disusun untuk diagnosa resiko infeksi yang bertujuan Infeksi tidak terdapat kriteria hasilnya masalah dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan kriteria hasil: terjadi peningkatan penyembuhan luka yang baik.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan antara lain monitor tanda-tanda vital, rasional : untuk mengetahui perubahan kondisi klien dan suhu malam hari menjadi tinggi yang kembali normal pada pagi hari adalah karakteristik infeksi karena perubahan tanda-tanda vital dapat menjadi salah satu tanda terjadinya infeksi. Pertahankan teknik aseptik saat ganti balut hari ketiga, rasional : untuk melindungi dari kontaminasi selama pergantian karena bila terjadi kontaminasi saat ganti balut dapat menyebabkan terjadinya infeksi. Observasi luka insisi dan adanya tanda-tanda infeksi, rasional : jika diketahui adanya tanda-tanda infeksi dapat dilakukan pengobatan lebih dini sehingga dapat mencegah infeksi lebih lanjut karena pencegahan infeksi dapat dilakukan secara dini. Pertahankan balutan kering, rasional : jika balutan basah bisa menjadi sumbu penyerapan kontaminasi karena balutan yang basah akan memudahkan bakteri dan kuman masuk melalui balutan tersebut. Kolaborasi dengan tim medis pemberian antibiotik cefotaxim 2x1 gram sesuai terapi, rasional : mengurangi terjadinya resiko infeksi

#### **D. Implementasi**

Implementasi yang telah penulis lakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik adalah memonitor tanda-tanda vital karena untuk mengetahui apakah ada perdarahan pada jaringan, mengkaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas (nyeri 1-10) karena memantau derajat ketidaknyamanan dan keefektifan analgetik atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi, memberikan posisi nyaman mungkin sesuai

kebutuhan karena posisi yang nyaman membantu pasien menurunkan spasme otot sehingga mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan berimajinasi karena untuk menurunkan ketegangan otot mengfokuskan kembali perhatian agar tidak tertuju pada nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian obat ketorolak 2x30 mg sesuai indikasi karena mengurangi rasa nyeri.

Kekuatan dari implementasi ini adalah mengetahui skala nyeri secara komprehensif dan klien merasa nyaman serta klien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga tindakan dapat dilakukan secara lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien tidak menjalankan tindakan yang sudah diajarkan jika tidak dianjurkan oleh perawat sehingga klien mengeluh nyeri. Solusi yang dilakukan yaitu motivasi dan jelaskan pada klien pentingnya melakukan tindakan yang sudah dianjurkan oleh perawat diantaranya teknik relaksasi nafas dalam dan posisi semi fowler.

Implementasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri adalah membantu klien dalam melakukan aktivitas progresif karena keterbatasan aktivitas tergantung pada kondisi yang khusus tetapi biasanya berkembang dengan lambat sesuai toleransi, menganjurkan klien untuk banyak istirahat karena mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan dan energi terkumpul dapat digunakan untuk aktivitas seperlunya, mengawasi tekanan darah dalam melakukan aktivitas karena memantau kondisi klien setelah beraktivitas, mengubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam karena mencegah dan menurunkan insiden komplikasi dan mengurangi rasa nyeri, mengkolaborasi pemberian ketorolak 2x30 mg sebelum aktivitas karena mengurangi rasa nyeri pada klien.

Kekuatan dari implementasi ini adalah melatih klien dalam beraktivitas secara mandiri dan mengurangi kekakuan pada otot-otot tubuh klien. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien terlihat kesakitan saat dilatih mobilitas secara bertahap, sehingga klien tidak mau latihan lagi. Solusi yang

dilakukan yaitu motivasi dan jelaskan pada klien tentang pentingnya latihan mobilisasi bertahap secara mandiri yang berguna untuk mengurangi kekakuan otot.

Implementasi untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan adalah memonitor tanda-tanda vital karena untuk mengetahui perubahan kondisi klien dan suhu malam hari menjadi tinggi yang kembali normal pada pagi hari adalah karakteristik infeksi, mempertahankan aseptik saat ganti balut hari ketiga karena untuk melindungi dari kontaminasi selama pergantian, mengobservasi luka insisi dan adanya tanda-tanda infeksi karena jika diketahui adanya tanda-tanda infeksi dapat dilakukan pengobatan lebih dini sehingga dapat mencegah infeksi lebih lanjut, mempertahankan balutan kering karena jika balutan basah bisa menjadi sumbu penyerapan kontaminasi, mengkolaborasi dengan tim medis pemberian antibiotik sesuai terapi karena mengurangi terjadinya resiko infeksi.

Kekuatan dari implementasi ini yaitu dapat memberi rasa nyaman pada klien dan dapat mengurangi terjadinya infeksi pada luka pasca operasi. Kelemahan dari implementasi ini adalah nampak merasa nyeri saat diganti balut dan klien tidak tau cara perawatan secara aseptik. Solusi yang dapat dilakukan adalah jelaskan pada klien tentang bahaya terjadi infeksi pada luka pasca operasi.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu nyeri berkurang atau hilang, klien tampak rileks, skala nyeri 0-1 dan tujuannya Nyeri post operasi akan berkurang atau hilang. Evaluasi yang telah dilakukan nyeri akut

berhubungan dengan agen cedera fisik masalah teratasi sesuai dengan harapan penulis dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri setelah operasi berkurang, P : nyeri luka post operasi hernia berkurang, Q : nyeri cekit-cekit, R : perut kanan bawah, S : skala 2, T : nyeri hilang timbul saat berjalan, klien nampak rileks, tampak tenang, TD : 120/80 mmHg, suhu : 37,5 C, Nadi : 87x/menit RR : 20x/menit serta pertahankan kondisi klien.

Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas, klien tidak nyeri pada saat aktivitas dan tujuannya klien akan menunjukkan tindakan aktivitas secara mandiri. Evaluasi yang telah dilakukan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri masalah teratasi sesuai dengan harapan, dengan kriteria hasil klien mengatakan lemas berkurang, sudah bisa ke toilet dan merubah posisi secara mandiri, klien terlihat rileks, tidak pucat, aktivitas dilakukan secara mandiri, TD 120/80 mmHg, suhu 37,5<sup>0</sup>C , N 87x/menit, RR 20x/menit.

Evaluasi yang dilakukan untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan pada tanggal 14 Januari 2016 adalah evaluasi yang dilakukan selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu terjadi peningkatan penyembuhan luka yang baik dan tujuannya Infeksi tidak terjadi. Evaluasi yang telah dilakukan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan masalah teratasi sesuai dengan harapan, dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri luka post operasi sudah berkurang, keadaan luka baik, tidak edema, tidak ada nanah, tidak kemerahan, TD : 120/80 mmHg, suhu 37,5 C, Nadi 87x/menit, RR : 20x/menit.

## **BAB V**

### **SIMPULAN**

#### **A. SIMPULAN**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pasca operasi hernia skrotalis dekstra pada Tn. D maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2016 jam 14.30 WIB dengan hasil klien mengatakan nyeri bekas operasi operasi. P(*Provoking*) : nyeri pasca operasi hernia, Q(*Quality*) : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R(*Region*) : perut bagian kanan bawah, S(*Skala*) : skala 6, T(*Time*) : terus-menerus. Klien mengatakan belum bisa beraktifitas seperti biasa. Pasien terlihat meringis menahan nyeri, lemas, semua aktivitas di bantu oleh keluarganya, mobilitas terganggu, tingkat aktivitas 3(dibantu keluarga), terdapat luka operasi pada perut bawah bagian kanan, klien terlihat mringis kesakitan TD 130/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 82x/menit, RR 22x/menit.
2. Masalah yang muncul pada Tn. D adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan.
3. Rencana yang disusun pada Tn. D dengan pasca operasi hernia skrotalis dekstra yaitu nyeri akut ada 5 rencana tindakan keperawatan, hambatan mobilitas fisik ada 4 rencana tindakan keperawatan dan resiko infeksi ada 5 rencana tindakan keperawatan.
4. Dalam melakukan perawatan pada Tn. D penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana dan ditunjukkan untuk mengatasi masalah yang dialami klien.

5. Penulis merawat klien selama tiga hari dengan merumuskan tiga diagnosa keperawatan, dari diagnosa yang muncul semua masalah sudah teratasi

## **B. SARAN**

1. Bagi profesi keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dalam hal penanganan dan pelayanan pada pasien hernia skrotalis guna memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif bagi pasien.

2. Bagi lahan praktek

Meningkatkan kedisiplinan dalam hal jam besuk pasien yang di rawat di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton, sehingga dapat terciptanya kenyamanan pada pasien guna mempermudah pemberian asuhan keperawatan pada pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

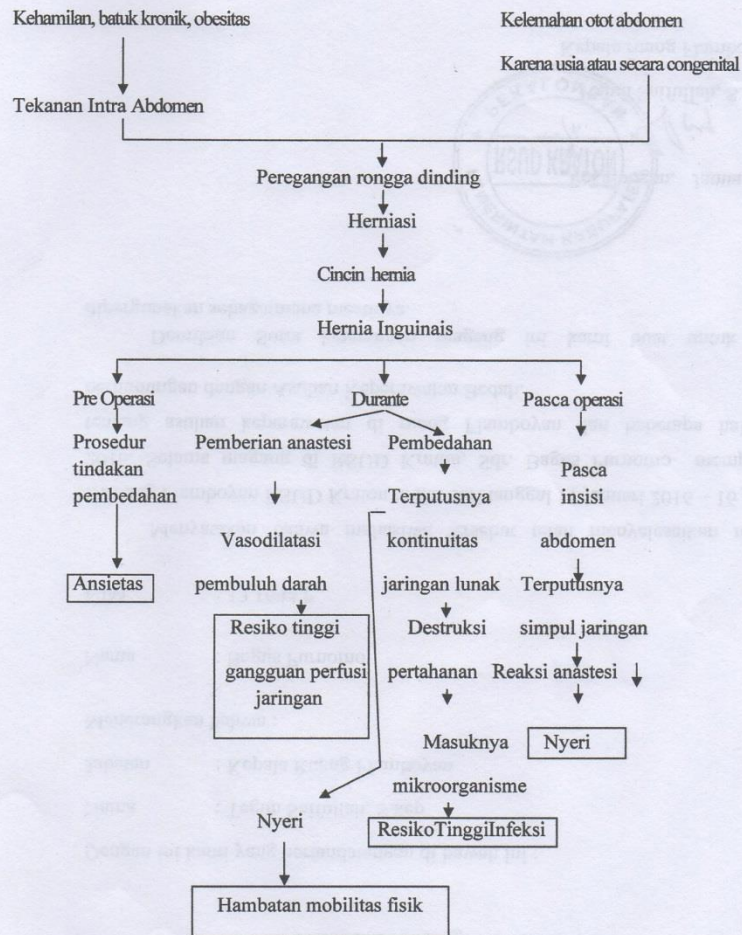
Hendaknya mempermudah kebutuhan mahasiswa dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah sehingga dapat mempercepat penyelesaian karya tulis ilmiah

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin, H. N & Kusuma, Hardhi. 2015. *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC Jilid 2*. Yogyakarta. Mediacion Publishing.
- Dermawan, Deden & Rahayuningsih, Tutik. 2010. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta, Gosyen Publishing.
- Fitria, R. A 2014. <http://ueu201432120.weblog.esaunggul.ac.id> dilihat pada 10 juni 2016.
- Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC
- Nuari, N.A 2015. *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta. Trans Info Media.
- NANDA. 2012. *Diagnosa keperawatan Defisiensi dan klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Pierce A. Grace & Neil R. Borley. 2006. *At a Glance Ilmu Bedah*. Jakarta: Erlangga
- Rekam Medis RSUD Kraton. 2014-2015. *Angka Prevalensi Hernia*.
- Sjamsuhidajat & De Jong, Wim. 2011. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta. EGC.



# Pathways



Sumber : Nuari (2015, hal. 229)

ASLIHAN KEPERAWATAN KATA Tn. D.  
DENGAN DIAGNOSA MEDIS PASCA OPERASI HERNIA SEROTALIS DEKKA  
DIRUANG WIJAYA KUSUMA  
RSUD KRATON KOTA PEKALONGAN  
TAHUN 2016.

Pengkajian.

Riwayat Keperawatan.

Tanggal masuk	: 11-1-16
Jam Pengkajian	: 10.30 WIB
NO. Register.	: 407235
Ruang / Kamar	: Wijaya Kusuma
Tanggal pengkajian	: 12-1-16
Jam Pengkajian	: 14.15 WIB
Diagnosa medis	: Pasca operasi Hernia serotalis dekka.
Tanggal operasi	: 12-1-16
Jam operasi.	: 08.00 WIB

A. Biodata

1. Biodata Klien.

Nama	: Tn D
Umur	: 58 th
Agama	: Islam
Status	: Kawin
Pendidikan	: Tamat SD.
Pekerjaan	: Buruh.
Suku	: Jawa.
Alamat.	: Dk. Kedawung Rt 06/03 Kel. Werdi kec. Wonorejo

2. Biodata Penanggung Jawab.

Nama	: Ny. K
Umur	: 54. th
Agama	: Islam
Status	: Kawin
Hub. dengan Klien	: Istri.

B. Pola fungsional Gordon.

1. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan.

a. Keluhan utama

DS: Klien mengatakan nyeri perut bagian kanan bawah.

DO: P: Nyeri setelah operasi.

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk.

R: Perut bagian kanan bawah.

S: skala 6 (0-10)

T: Terus menerus.

b. Riwayat Penyakit dahulu.

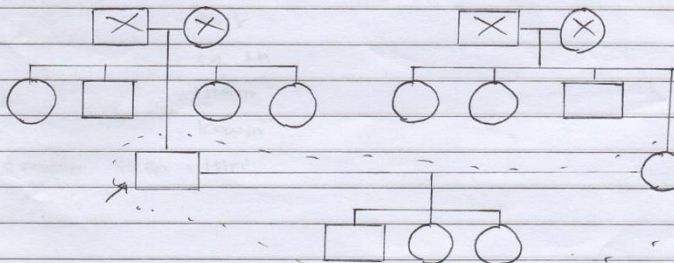
DS: Klien mengatakan satu kali ini dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan untuk riwayat penyakit dahulu hanya demam batuk biasa.

c. Riwayat Penyakit sekarang.

DS: Klien mengatakan sudah mengalami penyakit selama 2 tahun pada area kelamin (area skrotal kanan). Namun selama 2 tahun tersebut tidak ada rasa sakit yang mengganggu. Namun pada akhir-akhir ini terasa sakit di area kelamin (area skrotal kanan) pada saat bekerja. Kemudian klien memeriksakan dirinya ke RSUD lokal tempatnya dipoli penyakit dalam dan dirujuk untuk operasi. Pada saat pengkajian didapatkan data nyeri pada area operasi (perut bagian bawah kanan). TD: 130/80 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Suhu: 37°C, RR: 22 x/menit, Klien terlihat menahan nyeri, lemas.

d. Riwayat kesehatan keluarga.

Genogram.





DS: Klien mengatakan dan keluarganya dan keluarga istrinya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan. Penyebab meninggalnya karena sudah tua.

Keterangan:



: laki-laki

A: Pasien.



: laki-laki meninggal



: tinggal dalam satu rumah.



: Perempuan



: Perempuan meninggal.

#### e. Riwayat kesehatan lingkungan.

DS: Keluarga Klien mengatakan kesegihan rumah selalu terjaga terdapat ventilasi dan tempat pembuangan sampah, Pencucian tangan cukup terdapat kamar mandi dan jendela yang dibuka setiap hari.

#### f. Riwayat pencegahan tindakan medis / gigi.

DS: Klien mengatakan jika sakit gigi membeli obat di warung.

#### g. Prosedur bedah.

DS: Klien mengatakan belum pernah menjalani prosedur pembedahan sebelumnya.

#### h. Riwayat penyakit masa anak-anak.

DS: Klien mengatakan saat anak-anak hanya mengalami sakit flu, batuk biasa.

#### i. Imunisasi.

DS: Klien mengatakan lupa dulu saat imunisasi lengkap atau tidak.

#### j. Alergi.

DS: Klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

k. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS: klien mengatakan tidak merokok.

l. Riwayat sosial.

DS: klien mengatakan di rumah aktif dalam kegiatan sosial seperti kerja sakti, kumpul dengan teman-teman dan masyarakat sekitar rumahnya.

m. Personal hygiene.

DS:

sebelum sakit.	Selama sakit
Mandi : 2x sehari	1x sehari
Gosok gigi : 2x sehari	1x sehari
Cuci rambut : jika kotor	belum pernah
Potong kuku : jika panjang	belum pernah
Ganti pakaian : 2x sehari	1x sehari

2. Riwayat keperawatan untuk polis nutrisi - metabolisme.

DS:

Sebelum sakit	Selama sakit.
Makan pagi : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{2}$ porsi
Makan siang : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{2}$ porsi
Makan malam : habis 1 porsi	habis $\frac{1}{2}$ porsi
Kudapan : roti dan buah.	buah dan roti.
Minum : ± 7 gelas	± 5 gelas

3. Riwayat keperawatan untuk polis eliminasi

DS:

sebelum sakit.	
BAK	BAB.
Frekuensi : 9/5 x/hari	Frekuensi : 1 x/hari
Jumlah urine : -	Jumlah feses : -
Warna : kekuningan	Warna : kuning
Bau : khas urine	Konsistensi : lunak

BAK

Frekuensi : 3/4 x/hari  
Jumlah urine : -  
Warna : kekuningan  
Bau : khas urine.

BAB

Frekuensi : 1 x/hari  
Jumlah feses : -  
Warna : kuning  
Konsistensi : lunak.

4. Riwayat Keperawatan untuk polis status latihan.

DS: Klien mengatakan sebelum sakit bisa melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri tanpa bantuan, setelah sakit klien memerlukan bantuan untuk beraktivitas, seperti makan, toileting, berpakaian.

DO: Terdapat ulkus post operasi hernia, tingkat fungsi aktivitas III (memerlukan pertolongan orang lain).

5. Riwayat Keperawatan untuk polis istirahat - tidur.

DS:

sebelum sakit.

sebelum sakit.

Tidur siang : 2 jam

Tidur siang : 1 jam

Tidur malam : 1-7 jam

Tidur malam : 1-8 jam

6. Riwayat Keperawatan untuk polis kognitif persepsi.

DS: Klien mengetahui tentang penyakit yang dia derita (polis kognitif).

DO: Pendengaran baik, perasaan klien baik (polis persepsi), pengetahuan klien baik, orientasi terhadap waktu maupun orang baik.

7. Riwayat Keperawatan untuk polis konsep diri

a. Sikap terhadap diri : baik.

b. Dampak sakit terhadap diri : tidak dapat melakukan aktivitas

c. Keinginan untuk mengubah diri : ada.

d. Gugup / relaks : relaks

e. Postur tubuh : sedang

f. Kontak mata : ada

g. Ekspresi wajah : tenang.

8. Riwayat Keperawatan untuk polis peran / hubungan.

DS: Klien mengatakan setelah sakit tidak bisa menjalankan peran sebagai kepala keluarga dan tidak dapat bekerja.

9. Riwayat Keperawatan untuk seksual / reproduksi.

DS: Klien bahagia dan punya 3 anak : 1 laki-laki dan 2 perempuan



1a. Riwayat keperawatan untuk pola coping / toleransi stress.

Stressor : Penyakit

Metode coping yang bisa digunakan : berdoa

Sistem pendukung : keluarga

Efek penyakit terhadap tingkat stress: -

Ekspresi : lemas

1i. Riwayat keperawatan untuk nilai / kepercayaan.

a. Agama : Islam.

b. Kegiatan keagamaan :

Di RS, sebulan sekali.

Klien mengatakan sholat 5 waktu, dan kegiatan pengajian

Di RS: selama sakit dan dirawat di RS klien belum pernah sholat.

Pemeriksaan fisik.

Data subjektif:

Kesadaran umum : baik

Kesadaran : Compuar menhis

Tekanan darah : 130/90 mmHg

Suhu : 37°C

Nadi : 92 x/menit

Pn : 22 x/menit.

1. Kepala:

inspeksi: Bentuk kepala normal, kesimetrisan kanan dan kiri normal, tidak ada kutu, tidak ada ulser.

2. Mata

inspeksi: Mata simetris, tidak ada edema disekitar kelopak mata, tidak ada peradangan, tidak ada lecuk/benjolan, bulu mata tidak rontok, tidak ada perubahan warna sklera, warna iris hitam.

3. Leher.

inspeksi: Bentuk leher simetris, tidak ada peradangan dan tidak terdapat massa, tidak ada perubahan warna.

Palpasi: Tidak ada pembesaran kelenjar limfe, kelenjar tiroid, dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

#### 4. Telinga.

inspeksi : Bentuk daun telinga normal, ukuran sama kanan dan kiri, warna kecoklatan, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat serumen, tidak ada perdarahan.

#### 5. Hidung

inspeksi : Tidak ada pembengkakan tulang hidung, tidak ada perdarahan  
palpasi : Tidak ada pembesaran polip atau benjolan.

#### 6. Mulut.

inspeksi : Tidak ada kelainan, tidak mematuhi gigi palsu, tidak ada perdarahan dan abses, warna bibir merah, gigi tidak karius, rongga mulut tampak bersih.

#### 7. Kulit.

inspeksi : terdapat luka jahitan di perut kuadran bawah, distribusi warna sama rata

palpasi : tekstur sedikit kering, turgor baik

#### 8. Paru

inspeksi : bentuk thorax normal, bentuk dada simetris, keadaan kulit sama, tidak ada alat bantu pernapasan, pola nafas normal

palpasi : Gerakan dinding dada kiri dan kanan sama.

perkusi : suara paru sonor.

Auskultasi : Suara nafas vesikuler, bersih, tidak ada suara nafas tambahan

#### 9. Jantung.

inspeksi : tidak ada pembesaran ictus cordis, dada simetris

palpasi : ictus cordis teraba pada ICS V kiri midclavikula

perkusi : Batas jantung atas : redup, batas jantung bawah : redup.

Batas jantung kiri : redup, batas jantung kanan pekak.

Auskultasi : bunyi jantung I terdengar keras pada daerah mitral.

bunyi jantung II terdengar keras pada daerah Aorta.



#### 10. Perut.

inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, umbilikus terletak ditengah, terdapat luka bekas operasi diperut bagian bawah kanan.

palpasi : terdapat nyeri tekan pada luka sekitar jahitan, nyeri berat pada kuadran bawah perut, tidak ada nyeri tekan pada ginjal.

Auskultasi : frekuensi peristaltik 15 x/menit.

perkusi : tidak kembung

#### 11. Genetalia.

inspeksi : terpasang kateter.

#### 12. Ekstremitas

inspeksi : ekstremitas kanan dan kiri simetris, terpasang infus tidak terjadi fraktur, tidak ada luka, tidak terpasang gip.

palpasi : tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan.

#### 13. Jantung

ispeksi : tidak ada perubahan bentuk dada, tidak ada sianosis

palpasi : tidak ada bising, tidak ada murmur, tidak ada gallop

perkusi : tidak ada bunyi jantung ketiga, tidak ada bunyi jantung keempat, tidak ada bunyi jantung kelima

auskultasi : tidak ada bunyi jantung ketiga, tidak ada bunyi jantung keempat, tidak ada bunyi jantung kelima

apfelbeck : tidak ada bunyi jantung ketiga, tidak ada bunyi jantung keempat, tidak ada bunyi jantung kelima

bunyi jantung : tidak ada bunyi jantung ketiga, tidak ada bunyi jantung keempat, tidak ada bunyi jantung kelima

# 1. Prosedur diagnostik dan laborat.

tanggal pemeriksaan : 12-1-16

Jam : 15.40.

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Diff count	6.1	%	42 - 59
Neutrofit	7.2	%	20 - 80
Monosit	26.2	%	12 - 45
Limfosit	2.0	%	0.0 - 5.0
Eosinofil	0.1	%	0 - 1
Basiofil	2.18	10 <sup>3</sup> /ul	0.9 - 5.20
Limfosit absolute			
CBS			
Leukosit	8.91	10 <sup>3</sup> /ul	4.50 - 11.00
Eritrosit	4.72	10 <sup>6</sup> /ul	4.10 - 5.10
Hemoglobin	13.9	g/dl	12 - 16
Hematokrit	42.6	%	36.0 - 46.0
MCV	87.2	fL	78.0 - 102.0
MCH	32.0	pg	28.0 - 35.0
MCHC	36.7	g/dl	31.0 - 37.0
Trombosit	29.000	10 <sup>3</sup> /ul	150 - 450
RDW - SD	38	fL	37 - 54
RDW - CV	12.2	%	11 - 16

# 2. Medical management.

## a. IV therapy.

Medical.	Tanggal terapi	Penjelasan secara umum	Tujuan dan Indikasi	Persiapan pasien.
PL	11-1-16	menentukan kebutuhan cairan tubuh.	Pada klien yang tampak lemah selama diberikan tindakan terapi kura tidak lemas lagi dan tidak kekurangan cairan.	tidak ada pembengkakan ditangan.

## 6. Obat - Obat.

Nama Obat	Tanggal Terapi	Frekuensi	Cara Kerja Obat, Angga dan Kisi Aikasi	Respon Pasien.
keterolak	12-1-16	30 mg / 4 jam intravena	untuk mengurangi nyeri.	ps: nyeri kien berkurang DO: tidak ada tan. da: tanda alergi
cefotaxim	12-1-16	1 gr / 12 jam intravena	obat anti bakteri	ps: kien tidak gatal-gatal setelah diinjeksi DO: tidak ada tan. da: tanda alergi

## c. Diet.

Jenis Diet	Tanggal Terapi	Penjelasan umum	Indikasi dan Tujuan	Makanan spesifik.
lunak.	12-1-16	makanan lunak memudahkan dalam proses pencernaan.	Gangguan pen. cerna Tujuan: Memudahkan untuk dicerna	Bubur, tahu, sayur.



### A. Pengumpulan data

DS: klien mengatakan nyeri bekas operasi.

P: nyeri post operasi bernia.

A: nyeri seperti ditusuk-tusuk

K: Perut kanan bawah.

S: skala 6 (0-10).

T: terus menerus.

Klien mengatakan belum bisa beraktivitas seperti biasa.

DO: klien tampak mengisir kesakitan.

TD: 130/80 mmHg

N: 82 x/menit

S: 37°C

PR: 22 x/menit.

Terdapat luka post operasi keds perut kanan bawah.

Aktivitas dibantu oleh keluarga, lemas, tingkat aktivitas III (memerlukan bantuan orang lain).

### B. Analisa data.

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: klien mengatakan nyeri luka operasi. P: nyeri luka post operasi bernia A: nyeri seperti ditusuk-tusuk. K: perut kanan bawah. S: skala 6 (0-10). T: terus-menerus. DO: klien tampak mengisir menahan nyeri TD: 130/80 mmHg N: 82 x/menit	Nyeri akut.	Agensi cidera fisik
2.	DS: klien mengatakan belum bisa beraktivitas seperti biasa. DO: Aktivitas dibantu keluarga, lemas, mobilitas, tingkat III (memerlukan bantuan orang lain). TD: 130/80 mmHg S: 37°C N: 82 x/menit. PR: 22 x/menit.	Hambatan mobilitas fisik.	Nyeri.

3.	DS: Klien mengatakan nyeri ulu operasi	Risiko infeksi	Kerusakan jaringan.
	DO: Terdapat luka operasi pada perut bawah bagian kanan. Klien tampak mengeluh kesakitan		
	TD: 130/80 mmHg, N: 82 x/menit.		
	S: 37°C, RR: 22 x/menit.		

#### C. Diagnosa Keperawatan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan.

#### D. Perencanaan.

Man/hari/jam	Tujuan.	Intervensi Keperawatan.	Rasional.
	1. Nyeri akan berkurang atau hilang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 + 24 jam. dengan kriteria hasil: 1. Nyeri berkurang atau hilang. 2. Klien tampak relax. 3. Skala nyeri (0-1).	1. Ukur tanda-tanda vital. 2. Berikan posisi yang nyaman mungkin sesuai kebutuhan. 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.	1. Untuk mengetahui apa ada perdarahan pada jaringan. 2. Posisi yang nyaman membantu pasien menurunkan spasme otot sehingga mengurangi rasa nyeri. 3. Untuk menurunkan ketegangan otot memfokuskan kembali agar tidak terfokus pada nyeri.
		4. Kaji ulang nyeri catat lokasi, karakteristik, intensitas nyeri.	4. Membantu derajat kenyamanan dan efek-kan analgesik atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi.
		5. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat analgesik.	5. Mengurangi rasa nyeri.



Hari / tgl / jam	No.	Tujuan	Intervensi	Rasional
			keperawatan	
	2.	Klien akan menunjukkan tindakan aktivitas secara mandiri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas, klien tidak nyeri pada saat aktivitas	1. Bantu klien dalam melakukan aktivitas progresif. 2. Anjurkan klien untuk banyak istirahat 3. ubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam. 4. kolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktivitas	1. keterbatasan aktivitas tergantung pada kondisi yang khusus tetapi biasanya berkam sang dengan peras 2. mengurangi aktivitas yang tidak diperlukan 3. mencegah dan menurunkan insiden komplikasi dan mengurangi rasa nyeri. 4. mengurangi rasa nyeri pada klien.
	3.	Infeksi tidak akan terjadi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil: terjadi peningkatan luka yang baik.	1. monitor tanda-tanda vital. 2. Pertahankan aseptik saat ganti balut hari ke-3. 3. Observasi luka dan adanya tanda-tanda infeksi. 4. Pertahanan kulit dengan salep kering	1. Untuk mengetahui perubahan kondisi klien. 2. untuk melindungi dari kontaminasi selama perawatan. 3. jika diketahui adanya tanda-tanda infeksi dapat dilakukan pengobatan lebih dini 4. jika salep basah menjadi penyerapan kontaminasi.

E. Implementasi keperawatan.

Tgl / hari / jam.	NO Dt.	Tindakan keperawatan.	Respon klien.	Paraf.
Selasa 12. - 1 - 16. 07.40	1.2.3.	Mengasji keadaan klien	S: klien mengatakan nyeri pada luka post operasi O: klien tampak menahan sakit.	h
08.30	1.3	Mensterikan injeksi cefotaksim : 1gr, iv ketorolac : 30 mg, iv.	S: rasa nyeri klien berkurang. O: tidak ada tanda-tanda alergi.	h
09.00	1.2.	Membantu klien untuk mengukur posisi sendi yang mungkin	S: Klien mengatakan nyeri saat bergerak O: Klien tampak menahan nyeri.	h
09.10	1.	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	S: klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O: Klien tampak tenang.	h
11.30	1.2.3	Mengukur TTV.	S: - O: TD: 130/80 mmHg N: 82 x/menit RR: 22 x/menit S: 37 °C.	h
14.00	2.	Menganjurkan klien untuk istirahat.	S: Klien mengatakan bersedia istirahat. O: Klien tampak beristirahat.	h
Rabu 13. - 1 - 16. 07.40.	1.2.3.	Mengasji keadaan klien	S: Klien mengatakan masih nyeri pada luka post operasi. O: Klien tampak lemas.	h
08.30	1.3.	Mensterikan injeksi cefotaksim : 1gr, iv ketorolac : 30 mg, iv	S: rasa nyeri klien berkurang O: tidak ada tanda-tanda alergi.	h



09.40.	1.	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	S: klien mengatakan mri-nya sedikit berkurang O: Klien tampak tenang.	h
11.30.	1.2.3.	Mengukur ttt.	S: - O: TD : 120/80 mmHg Nadi : 85 x/menit Suhu : 37,5 °C Rr : 20 x/menit.	h
14.00	2.	Menganjurkan untuk klien beristirahat.	S: Klien mengatakan berse- dia istirahat O: Klien tampak berbaring.	h
Kamir				
14-1-16.	1.2.3.	Mengkaji keadaan klien.	S: Klien mengatakan nyeri sudah berkurang sks 3 O: Klien terlihat lebih tenang.	h
07.40.				
08.30	1.3	Membenikan injeksi cefotaxim : 1gr, iv ketorolac : 30mg, iv	S: rasa nyeri klien berkurang O: tidak ada tanda-tanda alergi.	h
09.00	1.	Melakukan perawatan luka.	S: Klien bersedia dirawat luka. O: luka tidak berdarah, tidak ada nanah, tidak kemerahan	h
10.15.	2.	Memantau klien melakukan aktivitas	S: Klien bersedia dibantu. O: Klien kooperatif dan tenang.	h
11.30	1.2.3	Mengukur TTV.	S: - O: TD : 120/80 mmHg Nadi : 87, x/menit Suhu : 37,5 °C Rr : 20 x/menit.	h
14.00	2.	Menganjurkan klien untuk istirahat.	S: Klien bersedia istirahat O: Klien tampak berbaring.	h



## F. Evaluasi

Tgl / hari / jam	No. Rt.	Catatan Perkembangan Klien	Paraf.
2019 12-1-16	1.	<p>S: Klien mengatakan nyeri ukus setelah operasi</p> <p>P: nyeri post operasi hernia</p> <p>Q: nyeri seperti ditusuk. kruk.</p> <p>R: perut kanan bawah</p> <p>S: skala 6</p> <p>T: terus menerus.</p> <p>O: klien tampak menangis menahan nyeri. TV:</p> <p>TD: 130/80 mmHg. Nadi: 82 /menit.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi.</p> <p>a. Berikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan.</p> <p>b. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>c. Monitor tanda-tanda vital.</p> <p>d. kolaborasi dengan dokter pemberian obat sesuai indikasi.</p>	h
	2.	<p>S: Klien mengatakan belum bisa beraktifitas seperti biasa.</p> <p>O: aktifitas dibantu oleh keluarga. lemas,</p> <p>mobilitas fisik 2 (membutuhkan bantuan orang lain) TV: 130/80 mmHg, Nadi: 82 /menit</p> <p>Suhu: 37°C Rt: 22 /menit.</p> <p>A: Masalah belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi.</p> <p>a. bantu klien dalam melakukan aktifitas</p> <p>b. ajarkan Klien untuk banyak istirahat.</p> <p>c. ubah posisi secara periodik dan dorong untuk latihan nafas dalam.</p> <p>d. kolaborasi pemberian pengobatan nyeri sebelum aktifitas</p>	h

	3.	S: Klien mengatakan nyeri uluks setelah operasi. O: terdapat ulus post operasi; pada perut bawah bagian kanan. Klien tampak meninges kesakitan. TD: 130/80 mmHg, Nadi: 82 x/menit Suhu: 37°C RR: 22 x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi: a. Monitor tanda-tanda vital. b. Pertahankan aseptik saat ganti balut hari ke-3 c. Observasi ulus dan adanya tanda-tanda infeksi. d. Pertahankan sautun kering. e. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat antibiotik sesuai terapi.	h
Rabu.	13-1-16.	1. S: Klien mengatakan nyeri uluks setelah operasi. P: nyeri post operasi berniq O: nyeri seperti ditusuk-tusuk. R: Perut kanan bawah. S: skala 4 (0-10). T: hilang timbul. O: Klien tampak meninges menahan nyeri ketika bergerak TD: 120/80 mmHg, Nadi: 85 x/menit, Suhu: 37,5°C RR: 20 x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi: a. Berikan posisi nyaman mungkin sesuai kebutuhan. b. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam. c. Monitor tanda-tanda vital. d. Berikan obat sesuai dengan indikasi.	h
	2.	S: Klien mengatakan belum bisa beraktifitas seperti biasa O: aktifitas dibantu oleh keluarga, lemah, mobilitas terganggu TD: 120/80 mmHg, Nadi: 85 x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi: a. Bantu klien dalam melakukan aktifitas b. Anjurkan klien untuk banyak istirahat	h

			e. ubah posisi secara periodik dan dorong untuk lebih nafas dalam.
			5. berikan pengosatan nyeri sebelum aktivitas
	3.	S:	Klien mengatakan nyeri hrs setelah operasi. berkurang
		O:	terdapat hrs operasi pada perut bawah bagian kanan, lemas, tidak ada kembesan.
		A:	Masalah belum teratasi.
		P:	lanjutkan intervensi
		a.	monitor tanda-tanda vital.
		b.	Pertahankan ganti busut dengan aseptik pada hari ke-3
		c.	Observasi hrs dan adanya tanda-tanda infeksi
		d.	Pertahankan asupan kencing.
		e.	Lakukan pemberian obat antibiotik sesuai indikasi.
		Kamir	
12-1-16	1.	S:	Klien mengatakan nyeri setelah operasi berkurang
		P:	nyeri hrs post operasi hernia berkurang
		O:	nyeri sedikit-sedikit.
		R:	Perut kanan bawah.
		S:	Skala 2
		T:	Kurang timbul saat berjalan.
		O:	Klien tampak rileks, tampak tenang.
		A:	Masalah teratasi.
		P:	hentikan intervensi.
	2.	S:	Klien mengatakan lemas berkurang, sudah bisa ke toilet dan merubah posisi secara mandiri
		O:	Klien terlihat relax, aktivitas dilakukan secara mandiri TD: 120/80 mmHg Nadi: 87/menit Suhu: 37.5 °C, RR: 20 x/menit.
		A:	Masalah teratasi.
		P:	Hentikan intervensi.



3. S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri.

O: Keadaan umum baik, tidak ada ngeah, tidak kemerahan, tidak edema. Td: 120/80 mmHg, Nadi: 87 /menit, Suhu: 37.5°C, RR: 20 /menit.

A: Masalah teratasi.

P: Hentikan intervensi.