

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
PRE OPERATIF HERNIA DIAFRAGMA DI RUANG G1 RSPAL dr.**

**RAMELAN
SURABAYA**



OLEH:

MUHAMMAD FADEL

NIM. 1921014

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2022

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
PRE OPERATIF HERNIA DIFRAGMA DI RUANG G1 RSPAL dr.
RAMELAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



OLEH:

**MUHAMMAD FADEL
NIM. 1921014**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Februari
2022

Muhammad Fadel
NIM. 1921014

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

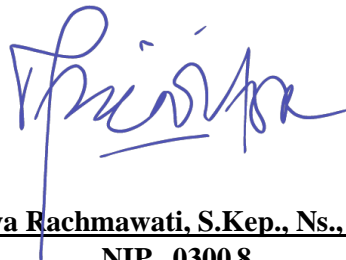
Nama : Muhammad Fadel
NIM. : 1921014
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Diagnosis
Medis Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1
RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)

Surabaya, 16 Februari 2022

Pembimbing



Dhian Satva Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 0300 8

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 16 Februari 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Muhammad Fadel
NIM. : 1921014
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Diagnosa
Medis Pre Operatif Hernia Diafragma di Ruang G1
RSPAL dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)” pada Prodi D3
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP.03006



Penguji II : Ami Ardianti., S.Kep., Ns., M.Tr.Kep
NIP.197901242006042001



Penguji III : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep.,
Ns., M.Kep)
NIP. 03008



Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI D3 KEPERAWATAN

Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini di buat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenalkanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Kolonel Laut dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih., S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan

kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.

4. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep., Ns.,M.Sc selaku penguji 1, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Ami Ardianti, S.Kep., Ns.,M.Kep selaku penguji 2, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulis Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh menjalani studi dan penulisannya.
8. Untuk kedua orang tua saya bapak Junaid dan ibu Juhani yang senantiasa memberikan dukungan dan doa yang tiada hentinya kepada saya terimakasih telah membimbing saya dan sudah menjadi bagian dari hidup saya.
9. Untuk adikku tersayang Zuul Ikhza Raihani Amd.Kep yang telah membantu mengerjakan dan menemani dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-teman sealmamater yang selalu berbagi cerita suka maupun duka, pengalaman-pengalaman selama praktik klinik di RS wilayah Surabaya, memberikan dukungan dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah, bekerja sama dalam tim, canda tawa selama 3 tahun ini.

11. Teruntuk Ega kartikasari yang telah menemani saya dan memberi dukungan secara moril, semangat dan doa selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta menerima dan menerima dan mendengarkan keluh kesah saya.

Semoga budi baik yang telah diberikan penulis mendapatkan balasan dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 24 Februari

2022

Muhammad fadel

1921014

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
BAB 1	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit Hernia Diafragma.	8
2.1.1 Anatomi dan Fisiologi	8
2.1.2 Definisi	10
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Patofisiologis	12
2.1.6 Komplikasi	13
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	13
2.1.8 Penatalaksanaan	13
2.2.1 Pengkajian.....	14
2.2.2 Diagnosis Keperawatan.....	22
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	26
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	26
BAB 3	30
3.1 Pengkajian	30
3.1.1 Identifikasi.....	30
3.1.2 Keluhan Utama.....	30
3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang.....	30
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu	31
3.1.5 Riwayat penyakit keluarga.....	31
3.1.6 Genogram.....	31
3.1.7 Riwayat alergi.....	32
3.1.8 pemeriksaan Fisik.....	32
3.2 Pemeriksaan Penunjang	37
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	41
3.3.1 Analisa Data.....	41

3.3.2	Perioritas Masalah	42
3.3.3	Rencana Keperawatan	43
3.3.4	Tindakan Keperawatan dan Evaluasi.....	47
	EVALUASI SUMATIF.....	52
	BAB 4	53
4.1	Pengkajian	53
4.2	Diagnosis Keperawatan	55
4.3	Perencanaan.....	56
4.4	Pelaksanaan	57
4.5	Evaluasi Keperawatan	59
	BAB 5	60
5.1	Kesimpulan	60
5.2	Saran.....	61
	DAFTAR PUSTAKA	63
	Lampiran 1.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium darah lengkap.....	37
Tabel 3.2 terapi obat Tn. A	40
Tabel 3.3 Analisa Data Tn. A Dengan Hernia Diafragma	41
Tabel 3.4 Perioritas Masalah Tn. A Dengan Hernia Diafragma	42
Tabel 3.5 Rencana keperawatan Tn. A Dengan Hernia Diafragma.....	43
Tabel 3.6 implementasi Tn. A Dengan Hernia Diafragma	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 anatomi Hernia Diafragma	8
Gambar 2.2 kerangka masalah	28
Gambar 3.1 genogram	31
Gambar 3.2 foto rontgen	38

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat badan
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
DO	: Data objektif
DS	: Data subjektif
MRS	: Masuk rumah sakit
SMRS	: Sebelum masuk rumah sakit
N	: Nadi
S	: Suhu
RR	: Respiratory Rate
TD	: Tekanan darah
TTV	: Tanda-tanda vital
WOC	: <i>web of caution</i>
WHO	: <i>World Health Organizatiun</i>
PQRST	: <i>Provokatif, Kualitas, Region, Scale seviritas, Timing</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
KRS	: Keluar rumah sakit
MmHg	: <i>Milimeter Merkuri Hidragyrum</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan benjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Hernia terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia. Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas hernia bawaan atau congenital dan hernia didapat atau akuisita. Hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinal, umbilikal, femoralis dan lain-lain. Sekitar 75% hernia terjadi disekitar lipat paha, berupa *hernia inguinal direk*, *indirek*, serta *hernia femoralis* (Rasjad, 2012). Hernia sering terjadi pada orang yang telah lanjut usia, sebab pada lanjut usia dinding otot polos abdomen telah lemah, sehingga sangat berpeluang terjadinya hernia. Hernia inguinal berdasarkan letaknya terjadi pada daerah selangkangan, hal ini disebabkan oleh proses perkembangan alat reproduksi. Hernia inguinalis langsung ialah hernia yang terjadi akibat lemahnya otot-otot dinding perut sebab tekanan kesekian, misalnya sering mengangkut barang berat (Dewi & Dewi, 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2013), didapatkan data sebagian besar angka kejadian hernia di dunia dengan perbandingan satu diantara 3.000 penduduk atau 0,03%. Di Amerika insiden Hernia Inguinalis yang satu diantara 544 penduduk atau 0,18%, sedangkan Indonesia insiden hernia inguinalis yaitu 15 diantara 1000 penduduk atau 1,5%. Berdasarkan data yang diperoleh

dari departemen kesehatan republic indonesia. Pada bulan Januari 2010 sampai dengan february 2011 terdapat 1.243 orang yang mengalami hernia (DepKes RI, 2013). Angka ini pun diprediksi mengalami peningkatan setiap tahunnya mengingat semakin buruknya lingkungan dan pola hidup manusia saat ini sehingga dapat menimbulkan kelelahan dan kelemahan beberapa organ tubuh.. Hernia di Indonesia menempati urutan ke -8 dengan jumlah 292,145 kasus, 273 diantaranya terjadi pada pria dan 3.094 kasus terjadi pada wanita, sedangkan untuk pasien rawat jalan, hernia masih menempati urutan ke-8 dari 41.516 kunjungan sebanyak 23.721 kasus adalah kunjungan baru dengan 8.799 pasien pria dan 4.922 pasien wanita (Depkes RI, 2013). Hernia inguinalis merupakan kasus bedah digestif terbanyak setelah appendicitis sampai saat ini masih merupakan tantangan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat. Dari keseluruhan jumlah operasi di perancis tindakan bedah hernia sebanyak 17,2 % dan 24,1 % di amerika serikat. Hernia inguinalis meningkat dengan bertambahnya umur. Insidensi hernia inguinalis diperkirakan diderita oleh 15% populasi dewasa dan 1-2 % pada anak. Pada rentang usia 25-40 tahun insidensinya mencapai 5-8% dan mencapai 45% pada usia 75 tahun. Hernia inguinalis lebih sering terjadi disebelah kanan 60%, dan sebelah kiri 20-25% (Antara et al., 2014)

Prinsip penatalaksanaan hernia adalah mencegah inkarserasi atau strangulasi, semua hernia harus direpair kecuali hernia direk yang kecil. Pada dasarnya hernia tidak dapat diobati dengan obat karena hernia disebabkan oleh keadaan anatomi yang melemah atau mengalami kelainan. Terapi yang sering dilakukan adalah dengan pembedahan/operasi. Tujuannya adalah reposisi hernia, menutup pintu hernia dan mencegah residif dengan memperkuat dinding

perut. Operasi hernia ada 3 tahap yaitu: Herniotomi, Hernioraphy, Hernioplasty (Giri Made Kusala, 2012).

Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang kuratif dan rehabilitatif. Upaya kuratif antara lain dengan pembedahan dan terapi medis yaitu pemberian antibiotik dan analgesik. Upaya rehabilitative dengan cara memberikan pendidikan kesehatan pada pasien paska operasi hernia agar mengkonsumsi makan tinggi serat, menghindari mengangkat beban terlalu berat dan faktor resiko lain yang dapat menyebabkan terjadinya hernia. (Herdman, 2015) Mempersiapkan mental dari pasien adalah salah satu tindakan untuk mengurangi tingkat kecemasan. Salah satu persiapan mental tersebut adalah melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan pra oprasi dapat membantu pasien dan keluarga mengidentifikasi yang dirasakan. Pandangan setiap orang dalam menghadapi operasi berbeda, sehingga responpun berbeda. Setiap pasien yang menghadapi operasi selalu menimbulkan ansietas

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan hernia diafragma dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

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

1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diagnosa medis Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

2. Praktisi

a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pre Operatif Hernia Diafragma

b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien Pre Operatif Hernia Diafragma dengan baik.

c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Pre Operatif Hernia Diafragma

1.5 Metode Penlisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

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

b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

c. Pemeriksaan

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

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

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

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Hernia Diafragma.

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

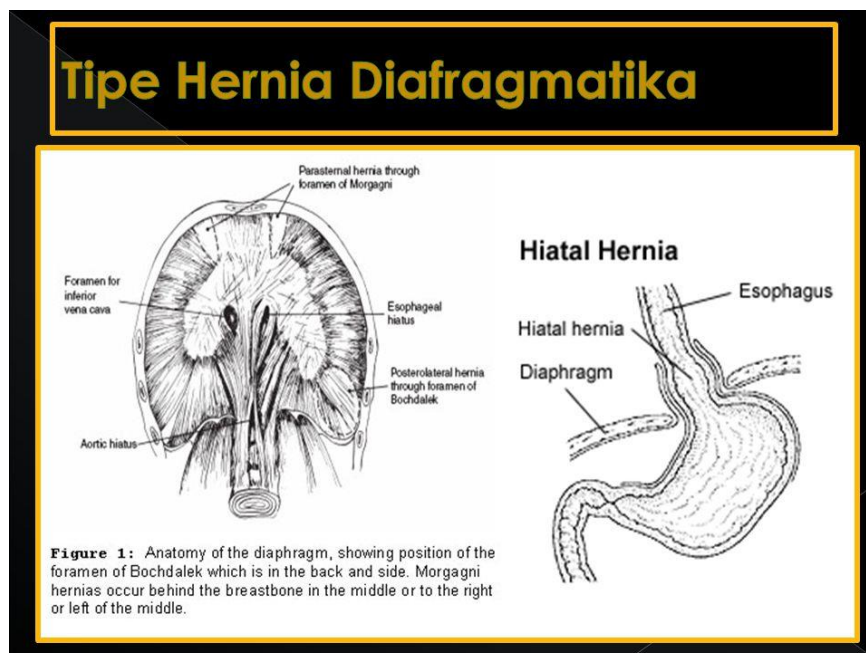
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Dasar Penyakit Hernia Diafragma.

2.1.1 Anatomi dan Fisiologi



gambar 2.1 anatomi Hernia Diafragma

Anatomi hernia menurut Bundell & Harrison (2015) yaitu:

1. Pemeriksaan sangat bergantung pada pengetahuan anatomi. Diharapkan mampu menunjukkan pengetahuan agar dapat membedakan hernia inguinal dengan femoral, dan hernia dengan indirek.
2. Petunjuk pada pembukaan adalah:
 - a. Spina iliaca anterior superior (SIAS)
 - b. Tuberculum pubicum
3. Ligament inguinal berada diantara keduanya
4. Terbentuk dari serat aponeurosis oblik eksterna dan menggambarkan canalis inguinalis
5. Korda spermatica memasuki separuh canalis inguinalis sepanjang ligament titik tengah inguinalis
6. Daerah tersebut merupakan lokasi cincin inguinal dalam
7. Jangan keliru dengan titik tengah inguinal yang berada di pertengahan antara simfisis pubis dan SAIS, yang merupakan petunjuk permukaan dari arteri femoralis
8. Tuberculum pubicum adalah proyeksi tulang kecil pada puncak tulang pubis. Dapat sulit ditemukan bila tertutup lemak yang berlebihan.

Secara anatomi, anterior dinding perut meliputi otot-otot multilaminar yang kemudian berhubungan dengan aponeurosis, fasia, lemak, serta kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot yang disebut dengan aponeurosis (Muttaqin & Sari, 2015).

Otot transversus abdominalis merupakan otot internal dari otot-otot dinding perut yang merupakan lapisan dinding perut untuk mencegah Hernia Inguinalis. Bagian kuada otot membentuk lingkungan apneurotik

transversus abdominalis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan diatas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberculum pubikum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Dalam kraniolateral, kanalis inguinalis dibatasi oleh annulus transversus yaitu bagian terbuka dari fasia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah, di atas tuberculum pubikum, kanal tersebut dibatasi oleh anulus inguinalis Bagian atas terdapat aponeurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Muttaqin & Sari, 2013).

2.1.2 Definisi

Hernia merupakan tonjolan suatu bagian dari suatu atau beberapa organ lewat lubang yang abnormal. Bahaya herniasi terjadi ketika organ yang menonjol tersebut menyelubungi dan mengganggu fungsi struktur yang lain. Macam-macam hernia yaitu : hernia inkarserata, hernia strangulata, hernia diafragmatika, hernia hiatus dan hernia abdominal.

Hernia diafragmatika adalah protrusio organ abdomen lewat lubang pada diafragma. Herniasi isi perut ke dalam rongga dada bisa terjadi sebagai akibat defek trauma atau kongenital pada diafragma. Istilah hernia kongenital diafragmatika (HKD) menjadi sinonim dengan herniasi melalui foramen posterolateral Bochdalek. Lesi ini biasanya terdapat pada distress respirasi berat pada masa neonatus, yang disertai dengan anomali sistem organ lain, dan mempunyai mortalitas yang berarti (Behrman,2000).

2.1.3 Etiologi

Ditemukan pada 1 diantara 2200-5000 kelahiran dan 80-90% terjadi pada sisi tubuh bagian kiri. Janin tumbuh di uterus ibu sebelum lahir., berbagai sitem organ berkembang dan matur. Diafragma berkembang antar minggu ke7 sampai 10 minggu kehamilan. Esofagus (saluran yang menghubungkan tenggorokan ke abdomen), dan usus juga berkembang pada minggu itu. Pada hernia bockdalek, diafragma berkembang secara tidak wajar atau usus mungkin terperangkap di rongga dada pada saat diafragma berkembang. Pada hernia morgagni, otot yang seharusnya berkembang di tengah diafragma tidak berkembang secara wajar. Pada kasus diatas perkembangan diafragma dan saluran pencernaan tidak terjadi secara normal. Hernia diafragmatika terjadi karena berbagai faktor, yang berarti “banyak faktor” baik faktor genetik maupun lingkungan (Behrman,2000).

2.1.4 Manifestasi Klinis

menurut sumber dari Nurarif & Kusuma (2015) manifestasi klinis dari henia diantaranya :

- a. Berupa benjolan keluar masuk yang terasa keras dan paling sering tampak benjolan pada lipat paha
- b. Terdapat nyeri pada daerah benjolan bila isi hernia terjepit dan disertai perasaan mual
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila sudah terjadi komplikasi
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas

- e. *Hernia femoralis* kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (*disuria*) disertai *hematuria* (kencing darah) disamping benjolan di bawah sela paha
- f. *Hernia diafragmatika* dapat menimbulkan perasaan sakit didaerah perut serta sesak nafas
- g. Bila pasien mengejan karena batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.5 Patofisiologis

Pada usia kehamilan 2 bulan tidak ada penekanan terhadap diafragma yang sedang berkembang baik dari rongga dada maupun dari rongga abdomen. Di dalam rongga dada, paru belum berkembang. Sedangkan di dalam rongga abdomen usus mengambil tempat di luar abdomen yaitu di umbilikus. Tekanan mekanik pertama yang diterima oleh diafragma adalah saat usus kembali dari umbilikus ke intra abdomen pada minggu ke 10. Saat itu bagian-bagian diafragma telah menempati tempat yang normal untuk menerima penekanan sebagai konsekuensi dari perkembangan organ-organ. hernia dapat timbul dari gagalnya pertumbuhan diafragma yang normal atau timbul dari gagalnya pertumbuhan diafragma yang normal atau timbul dari daerah yang memang rawan terhadap penekanan yaitu foramen bochadlek, foramen mergagini, dan hiatus esofagus.

Hernia diafragma dapat disebabkan oleh gangguan pembentukan diafragma. Diafragma dibentuk dari 3 unsur yaitu membran pleuroperitonei, septum transversum, dan pertumbuhan dari tepi yang berasal dari otot-otot dinding dada. Gangguan pembentukan itu dapat berupa kegagalan pembentukan seperti diafragma, gangguan fusi ketiga unsur, dan gangguan pembentukan otot.

Pada gangguan pembentukan dan fusi akan terjadi lubang hernia, sedangkan pada gangguan pembentukan otot akan menyebabkan diafragma tipis dan menimbulkan eventerasi. Para ahli belum seluruhnya mengetahui faktor yang berperan dari penyebab hernia diafragmatika, antar faktor lingkungan dan gen yang diturunkan oleh orang tua (Behrman,2000).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada hernia diafragmatika, yaitu:

1. Gangguan kardiopulmonal karena terjadi penekanan paru dan terdorongnya mediastinum ke arah kontralateral.
2. Sesak nafas berat berlanjut dengan asfiksia.
3. Mengalami muntah akibat obstruksi usus.
4. Adanya penurunan jumlah alveoli dalam pembentukan bronkus.
5. Lambung, usus dan bahkan hati dan limpa menonjol melalui hernia.
6. Terjadi kelainan kromosom

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hernia dapat dilakukan dengan cara:

- a. Lab darah terdiri dar hematology rutin, BUN, kreatinin serta elektrolit darah.
- b. Radiologi : foto abdomen dengan kontras barium, flouroskopi (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Wong (2008) penatalaksanaan anak dengan hernia diafragmatika berupa:

1. Penatalaksanaan terapeutik

- a. Terapi suportif gawat napas dan koreksi asidosis, kemungkinan dilakukan pemasangan slang endotrakeal (intubasi), dekompresi GI dan ECMO (*extracorporeal membran oxygenating*).
 - b. Pemberian antibiotik sebagai terapi profilaktik.
 - c. Pembedahan untuk reposisi hernia dan perbaikan defek.
2. Penatalaksanaan keperawatan
- a. Pra bedah :
 - 1) Mengurangi stimulasi: aktivitas lingkungan/perawatan.
 - 2) Mengenali dengan segera; resusitasi dan stabilisasi.
 - 3) Mempertahankan pengisapan, pemberian oksigen, dan cairan infus.
 - 4) Mengatur posisi : kepala ditegakkan. 5) Memberikan obat.
 - b. Pasca bedah:
 - 1) Melaksanakan perawatan pascabedah yang rutin dan observasi.
 - 2) Meredakan nyeri dan memberikan rasa nyaman.
 - 3) Mendukung keluarga karena kondisi ini merupakan kondisi sakit yang kritis

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hernia Diafragma

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan diawali dengan menerapkan pengetahuan dan pengalaman perawat untuk mengumpulkan data tentang klien. Untuk menggali dan menemukan keunikan klien dan masalah keperawatan kesehatan personal klien maka diterapkannya pengetahuan ilmiah dan disiplin ilmu keperawatan (Potter & Perry, 2011).

Identitas pasien Meliputi nama, umur, tanggal lahir, jenis kelamin, agama, pekerjaan pendidikan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, tanggal operasi, no medrec, diagnosa medis, dan alamat pasien

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal antara lain:

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Menggambarkan tentang hal-hal yang menjadikan pasien dibawa ke rumah sakit, pada pasien hernia inguinalis keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan adanya benjolan pada lipat paha atau nyeri hebat pada abdomen. Keluhan adanya benjolan akibat masuknya material melalui kanalis inguinal bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak (Muttaqin & Sari, 2013).

b. Keluhan Utama Saat Dikaji

Keluhan utama yang dirasakan pasien post operasi hernioraphy biasanya yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik (Nurarif & Kusuma, 2015).

Keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga, dengan menggunakan metode PQRST meliputi :

Provokatif : Apa faktor penyebab timbulnya nyeri, biasa pada kasus post hernioraphy nyeri dirasakan saat beraktivitas atau bergerak dan berkurang saat beristirahat.

Quality : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Pada kasus post hernioraphy yeri dirasakan bisa seperti berdenyut, tajam, menusuk atau teriris.

Region : dimana lokasi nyeri yang dirasakan, bersifat sementara, menjalar atau menyebar.

Scale : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan, pengakjian nyeri dengan menggunakan skala nyeri deskriptif. Misalnya : tidak ada nyeri = 0, nyeri ringan = 1, nyeri berat = 3, nyeri tak tertahankan =4.

Time : berapa lama nyeri berlangsung, bersifat akut atau kronik, terjadi pada waktu - waktu tertentu yang dapat menambah rasa nyeri. Biasanya muncul pada waktu tertentu dan secara tiba-tiba (Muttaqin & Sari, 2013).

Riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif (Muttaqin & Sari, 2013).

Pada riwayat kesehatan keluarga dikaji mengenai apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama, mempunyai penyakit sistemik seperti DM, hipertensi, tuberculosis (Muttaqin & Sari, 2013).

Aktivitas Sehari-Hari

a. Pola Nutrisi

Pada pola nutrisi yang dikaji meliputi anoreksia, mual, muntah dan penurunan berat badan. (Doenges, 2012).

b. Pola Eliminasi

Pada pola eliminasi biasanya dijumpai ketidakmampuan defekasi atau flatus. (Doenges, 2012).

c. Pola Istirahat Tidur

Pada pengkajian pola istirahat tidur biasanya klien mengalami gangguan tidur karena adanya nyeri. (Doenges, 2012).

d. Personal Hygiene

Pada klien pasca operasi biasanya tidak dapat melakukan personal hygiene. (Doenges, 2012).

e. Aktivitas dan Latihan

Klien biasanya mengalami keterbatasan dalam bergerak akibat nyeri dan kelemahan. (Doenges, 2012).

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, serta auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem. (Muttaqin & Sari, 2013)

a. Keadaan Umum

Keadaan umum yang terjadi pada pasien post operasi hernioraphy biasanya kesemutan, kecemasan serta kelemahan (Dongoes, 2012).

b. Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Suhu badan pasien akan naik $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ dan terjadi takikardi (Muttaqin & Sari, 2013).

Pada pemeriksaan fisik persistem fokus akan didapatkan pada dari inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a. Sistem Respirasi

Pada sistem respirasi yang perlu dikaji mengenai bentuk hidung, kebersihan hidung, adanya sekret, adanya pernafasan cuping hidung, bentuk dada, pergerakan dada apakah simetris atau tidak,

bunyi nafas, adanya ronchi atau tidak, frekuensi dan irama nafas jika dilakukan operasi (Blundell & Harrison, 2015).

b. Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan kardiovaskuler diperlukan jika dilakukan operasi (Blundell & Harrison, 2015).

c. Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan dikaji mulai dari mulut sampai anus, yang perlu dikaji yaitu adanya stomatitis, caries bau mulut, mukosa mulut, ada tidaknya pembesaran tonsil, bentuk abdomen datar, turgor kulit kembali lagi. Adanya lesi pada daerah abdomen, adanya massa, pada auskultasi dapat diperiksa peristaltik usus.

d. Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan dapat dikaji mengenai ada tidaknya pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensio urine, ada atau tidaknya nyeri tekan dan benjolan, serta pengeluaran urine terdapat nyeri pada waktu miksi atau tidak

e. Sistem Integument

Pada kasus post operasi hernioraphy yang dikaji dari system integumen yaitu nyeri tekan, adanya luka insisi, turgor kulit dan tidak adanya gangguan (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

f. Sitem Endokrin

Melalui auskultasi, pemeriksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid (Muttaqin & Sari, 2013).

g. Sistem Muskulokeletal

Perlu dikaji kekuatan otot ekstermitas atas atau bawah. Diperiksa juga adanya kekuatan pergerakan atau keterbiasaan gerak, reflex pada ekstermitas atas dan bawah.

h. Sistem Penglihatan

Untuk mengetahui keadaan kesehatan maka harus diperiksa tentang fungsi penglihatan, kesimetrisan mata kiri dan kanan, edema atau tidak. Pada sistem penglihatan biasanya yang dapat dikaji oleh perawat adalah warna konjungtiva, sklera dan gangguan visu (Muttaqin & Sari, 2013).

i. Sistem Persyarafan

Kesadaran komposmentis, terdapat sianosis atau tidak. Pengkajian objektif klien seperti wajah meringis, menangis, merintih, meregang serta menggeliat (Muttaqin & Sari, 2013).

Tes Nervus Cranial

a. Nervus Olfaktorius (N I)

Saraf sensorik yang fungsinya untuk penghiduan (penciuman, pembauan). Minta klien mencium benda yang baunya mudah dikenal sambil menutup matas dan bandingkan hidung bagian kiri dan kanan (Niman, Susanti. 2013). Kerusakan saraf ini

menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hyposmia) (Judha & Rahil, 2011).

b. Nervus Optikus (N II)

Sifatnya sensori berfungsi untuk penglihatan. Cara pemeriksaan dengan test aktifitas visual dan test lapang pandang (Niman, Susanti. 2013). Menangkap rangsang cahaya yaitu sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus (Judha & Rahil, 2011).

c. Nervus Okulomotorius, Trochlearis serta Abducent (N III, IV, VI)

Fungsi dari nervus III, IV, VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Nervus III berfungsi sebagai penggerak otot bola mata, pembuka kelopak mata dan kontraksi pupil (motorik). Nervus IV penggerak bola mata ke bawah dan ke dalam. Nervus VI penggerak bola mata ke lateral (Niman, Susanti. 2013).

d. Nervus Trigeminal (N V)

Terdapat dua bagian yaitu fungsi sensibilitas (sensorik), mastikasi (motorik) terdapat pada bagian otot mengunyah (Niman, Susanti. 2013).

e. Nervus Facialis (N VII)

Saraf motorik untuk ekspresi otot wajah, saraf sensorik untuk pengecapan rasa manis, asin, dan asam. Juga membawa serabut

parasimpatis ke kelenjar ludah (salivasi) dan lakrimalis (Niman, Susanti. 2013).

f. Nervus Auditorius (N VIII)

Bersifat sensorik, yang berfungsi mengkaji pendengaran (koklea) dan mengkaji keseimbangan (vestibulator) (Niman, Susanti. 2013).

g. Nervus Glasofaringeus (N IX)

Berfungsi untuk gerakan menelan, refleks muntah (motoric), pengecapan rasa pahit (sensorik) (Niman, Susanti. 2013).

h. Nervus Vagus (N X)

Mempersarafi organ visceral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensai pharynx, tonsil dan palatum lunak (Niman, Susanti. 2013)

i. Nervus Assesorius (N XI)

Mempersarafi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh dan melawan tahanan (Niman, Susani. 2013).

j. Nervus Hipoglosus (N XII)

Pada saraf ini berfungsi untuk mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan (Niman, Susanti. 2013).

Data psikologis Meliputi status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. (Muttaqin & Sari, 2013).

Data sosial Hubungan serta pola interkasi klien dengan keluarga, masyarakat atau lingkungan saat sakit. (Muttaqin & Sari, 2013).

Data spiritual Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. (Muttaqin & Sari, 2013).

Data penunjang Semua prosedur diagnostik dan lab yang dijalani klien. Hasil pemeriksaan ditulis termasuk rujukan, pemeriksaan terakhir secara berturut-turut dan berhubungan dengan kondisi klien. (Muttaqin & Sari, 2013)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (DPP PPNI, 2017). Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien Hernia Diafragma antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi
- b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena adanya mual muntah
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri
- d. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas
- e. Ansietas

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011).

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

Diagnose pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia., neoplasma). **Luaran Utama: Tingkat Nyeri** ; Yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, dengan ekpektasi menurun dari skala 5 meningkat ke skala 1 dengan **Kriteria Hasil**; Keluhan nyeri, Meringis, Sikap protektif, Gelisah, Menarik diri. **Intervensi (SIKI) Manajemen Nyeri ; observasi** : 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2). Identifikasi skala nyeri 3). Identifikasi respon nyeri non verbal 4). Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5). Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6) Identifikasi pengetahuan 7) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) monitor efek samping penggunaan analgenik *terapeutik* 1). berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (akupresur, terapi music, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi, terbimbing, kompres hangat,dingin) 2). Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3). Fasilitas istirahat tidur 4). Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri

dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **edukasi** 1). Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2). Jelaskan strategi meredakan nyeri 3). Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4) anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) anjurkan memonitor secara mandiri.

Diagnose kedua: Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena adanya mual muntah **Luaran pertama: Status nutrisi,** keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, dengan ekspektasi meningkat dari skala 5 menurun ke skala 1 dengan **Kriteria Hasil;** Keluhan nafsu makan berkurang, kekuatan otot mengunyah, kekuatan otot menelan, nyeri abdomen, membrane mukosa. **Intervensi (SIKI) Manajemen nutrisi; observasi :**

1) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 2) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5) Monitor asupan makanan 6) Monitor berat badan

Terapeutik: 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 7) Berikan suplemen makanan, jika perlu **edukasi:** 1) anjurkan posisi duduk, jika mampu 2) ajarkan diet yang diprogramkan **Kolaborasi:** 1) kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

Diagnose ketiga : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri **Luaran Utama:** Toleransi aktivitas, yaitu respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga dengan ekspektasi meningkat dari skala 5 menjadi skala 1 **Kriteria Hasil;** frekuensi nadi, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, frekuensi napas. **Intervensi (SIKI);** 1) Monitor kelelahan fisik dan emosional 2) Monitor pola dan jam tidur 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 5) Anjurkan tirah baring 6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Diagnosa keempat: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas **Luaran Utama;** Pola napas, yaitu inspirasi atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat dengan ekspektasi membaik dari skala 1 menjadi skala 5 **kriteria hasil:** Penggunaan otot bantu napas menurun, Frekuensi, napas membaik. Intervensi (SIKI): 1) Monitor pola napas 2) Posisikan semi fowler dan fowler 3) Berikan oksigen 4) Kedalaman napas membaik

Diagnose kelima: Ansietas. **Luaran utama;** tingkat ansietas, yaitu kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan ekspektasi menurun dari skala 1 menjadi skala 5 **Kriteria Hasil ;** perilaku gelisah, perilaku tegang, keluhan pusing, verbalisasi kebingungan, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi. **Intervensi (SIKI) Reduksi Ansietas ; observasi** 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor) 2) identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) **Terepeutik** 1) ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) temani pasien untuk

mengurangi kecemasan, *jika memungkinkan* 3) pahami situasi yang membuat ansietas 4) gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5) dengarkan penuh perhatian 6) tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) diskusikan perencanaan realities tentang peristiwa yang akan datang. **Edukasi** 1) jelaskan prosedur, termaksud sensasi yang mungkin dialami 2) anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3) latihan teknik relaksasi 4) informasikan secara factual mengenai diagnose, pengobatan, dan prognosis 5) anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, *jika perlu* 6) anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan. 7) latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 8) latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

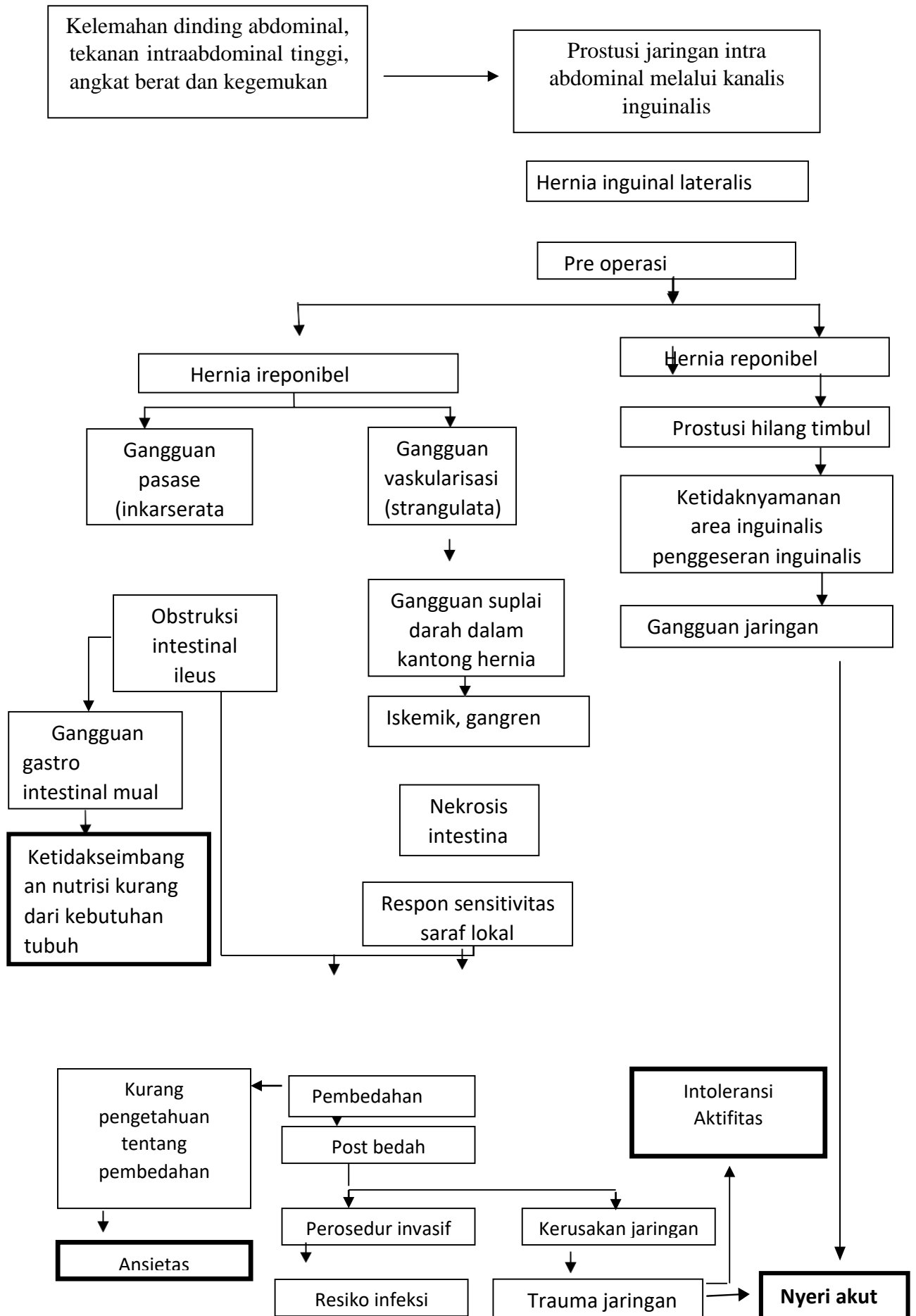
Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Pada tahap ini perawat menggunakan semua kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien post appendectomy pada pelaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen. Interdependen dan dependen. Tarwoto & Wartonah, (2011).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP

dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan. Format evaluasi menggunakan : S : subjective adalah informasi yang berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diperbaiki O : objective adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan A : analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, atau muncul masalah baru. P : planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa, baik itu rencana diteruskan, dimodifikasi, dibatalkan ada masalah baru, selesai (tujuan tercapai).

Tarwoto & Wartonah, (2011)



Gambar 2.2 kerangka masalah sumber dari Muttaqin, 2013

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 ini berisi gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan hernia diafragma, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 sampai 20 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Januari 2022 pukul 08.00 WIB. Wawancara diperoleh dari pasien dan file No. Register 685XXX Sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identifikasi

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. A, Usia 67th, Beragama islam, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa. Pasien tinggal di daerah Surabaya dan pekerjaan pasien petani atau berkebun. Pasien masuk Rumah sakit tanggal 12 Januari pukul 16.19 WIB

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan nyeri dada sebelah kiri skala 4, pasien rujukan dari RSSG dengan curiga hernia diafragmatika

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Tanggal 12 Januari 2022 pasien sudah mengeluhkan nyeri dada sebelah kiri skala 4, sesak, pusing, wajah pasien tampak meringis, dan gelisah. Pada tanggal 12 Januari 2022 jam 16:19 pasien di bawa anaknya ke IGD RSAL surabaya karena nyeri dada sebelah kiri skala 4, sesak, pusing belum juga hilang, lalu di lakukan observasi dengan hasil TD: 161/82 mmHg N:93x/menit S: 36.4°C RR: 24x/menit SPO 93% GCS 456, pasien mendapat infus NS 500 ml, terpasang

di tangan kanan, pasien mendapatkan obat Inj. Ranitidine 1 amp IV, inj. OMZ 40mg, Transamin 1 amp IV, . Pasien di pindah di Ruang G1 RSAL pukul 20:00, GCS pasien 456, kesadaran composmetis, Keadaan umum lemah. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri skala 4, sesak, pusing.

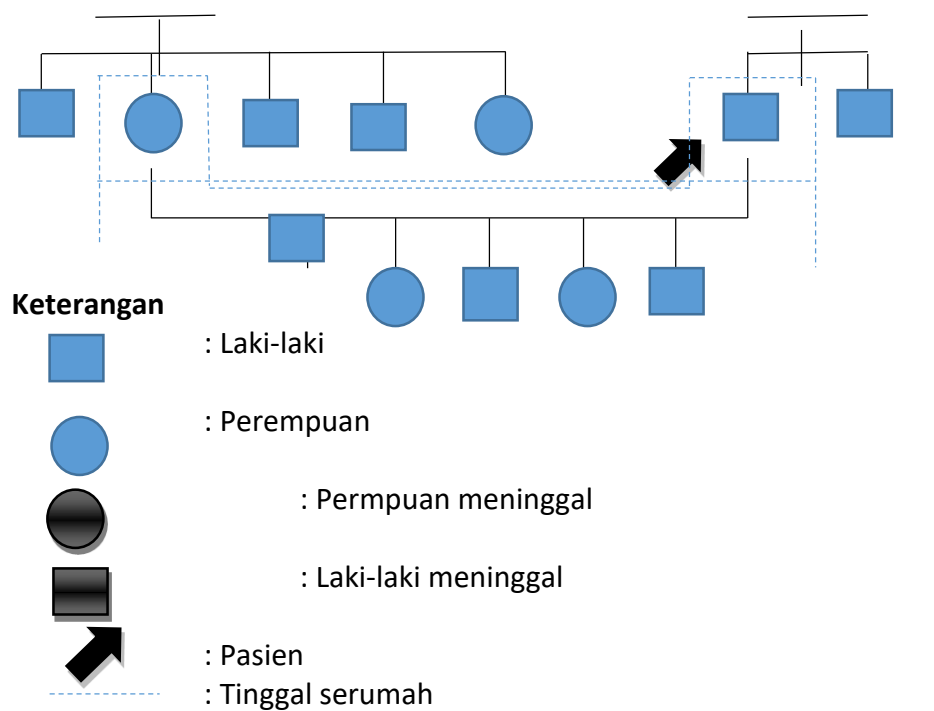
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan pernah mengalami batuk selama 1 tahun. Pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu.

3.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan jika ibu kandung meninggal sejak tahun 1992 dikarenakan hipertensi

3.1.6 Genogram



Gambar 3.1 genogram

3.1.7 Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan, minuman ataupun obat

3.1.8 pemeriksaan Fisik

Keadaan umum baik, Kesadaran Composmentis, Tekanan Darah:161/82 mmHg, Suhu 36°C, Nadi 93x/menit, Frekuensi Nafas 24x/menit, tinggi badan 163 cm, Berat badan sebelum sakit 70 kg, Berat badan setelah sakit 70 kg

1. B1 (Pernafasan)

Bentuk dada normochest, pergerakan dada tidak simetris, otot bantu nafas ada, penggunaan alat bantu napas terpasang O2 Nasal 3lpm, irama nafas reguler, pola nafas reguler, suara nafas vesikular, suara nafas tambahan rochi (-), sesak nafas ada, batuk (-), sputum (-) sianosis tidak ada.

Masalah keperawatan : Pola nafas tidak efektif

2. B2 (Kardiovaskuler)

Pada saat pengkajian Ictus cordis teraba, nyeri dada ada dibagian kiri, saat di auskultaasi irama jantung reguler, Bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, pasien mengalami nyeri pada dada, saat di palpasi akral hangat, kering, merah CRT < 2 detik pasien tidak mengalami pembesaran getah bening, pasien juga tidak mengalami pendarahan.

Masalah keperawatan: Nyeri Akut

3. B3 (Neurologi)

Pada saat dilakukakn pengkajiaan pasien sadar penuh dengan GCS

456, refleks fisiologi patela +/+, bisep/trisep +/+, reflek patologis babinski +/+. Nervus Kranial I: dapat mengidentifikasi bau. Nervus kranial II: pasien dapat melihat dengan baik. Nervus kranial III: pasien mampu menggerakkan bola mata. Nervus kranial IV: pasien mampu menggerakkan mata ke atas dan ke bawah. Nervus kranial V: pasien mampu mengunyah dengan baik. Nervus kranial VI: pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral. Nervus Kranial VII: pasien mampu mengerutkan dahi. Nervus kranial VIII: pasien dapat mendengar suara. Nervus Kranial IX: pasien mampu menelan. Nervus Kranial X: kemampuan menelan pasien baik. Nervus Kranial XI : pasien dapat menggerakkan kepala dan leher. Nervus kranial XII: pasien mampu menjulurkan lidah. Tidak ada pembesaran kepala, nyeri kepala (-) tidak ada paralisis, penciuman: bentuk hidung simetris, tidak ada gangguan atau kelainan. Wajah & pengelihatan: mata simetris, tidak ada kelainan, pupil isokor, reflek cahaya ++ konjungtiva merah muda, sklera putih, lapang pandang bebas ke segala arah, tidak ada gangguan/ kelainan. Pendengaran: telinga simetris, tidak ada kelainan, bersih, tidak ada gangguan dan tidak memakai alat bantu, kebersihan lidah bersih, tidak ada pembesaran uvula, tidak ada kesulitan menelan.

4. B4 (Bladder)

Pada saat dilakukan pengkajian pada sistem perkemihan didapatkan kandung kemih tidak ada retensi urine, nyeri tekan tidak ada, eliminasi urin SMRS pasien mengatakan frekuensi 5-6x/hari jumlah \pm 1200cc/hari warna kuning jernih, eliminasi urin MRS pasien mengatakan frekuensi 5-6x/hari jumlah \pm 1000 cc/hari berwarna kuning jernih, pasien tidak

menggunakan kateter.

Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan

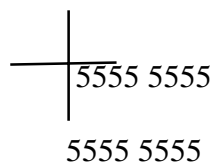
5. B5 (Bowel)

Mulut pasien bersih, membran mukosa pasien kering, tidak ada gigi palsu, tidak ada peradangan faring, makan dan minum SMRS pasien makan 3x sehari (nasi sayur lauk pauk) Minum: ± 1500 cc/hari (air putih). Diet rendah protein saat pasien MRS, pasien dianjurkan puasa, terpasang NGT terbuka. Jumlah minum 250cc/hari, jenis air mineral. Bentuk perut datar, tidak ada kelainan abdomen hepar dan lien tidak teraba pembesaran, tidak ada nyeri bagian abdomen, tidak ada kelainan pada rectum dan anus, pasien mengatakan SMRS belum BAB dan saat MRS masih belum BAB.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

6. B6 (Muskuloskeletal)

Inspeksi :tidak terdapat edema pada kedua kaki, kemampuan pergerakan sendi kuat, tidak ditemukan atrofi dan hipertrofi, tidak ada paralisis, nyeri sendi dan nyeri tulang tidak ditemukan.



Kelainan jaringan : tidak ada pembesaran thyroid

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7. Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar thyroid, GDA dua jam setelah makan 100 mg/dl

8. Seksual dan reproduksi

Pasien adalah seorang laki-laki, pasien menikah dengan seorang perempuan dan mempunyai 8 anak kandung, pasien tidak mengalami kelainan reproduksi, pada daerah genitalia tampak bersih.

9. Kemampuan perawatan diri

Pasien mengatakan SMRS dirinya mampu melakukan aktivitas diri secara mandiri, seperti: mandi, berpakaian, berjalan, toileting. Tetapi saat MRS pasien mengatakan jika melakukan kegiatan seperti : mandi, berpakaian, berjalan, toileting dibantu oleh anak atau perawat dengan menggunakan pispot

Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas

10. Personal Hygiene

Pasien mengatakan SMRS melakukan mandi 2x sehari, kramas 2x/minggu, ganti pakaian 1x sehari, menyikat gigi 2x sehari, memotong kuku 1x/minggu. Selama MRS pasien mengatakan hanya mandi 1x dalam sehari, menyikat gigi 1x sehari pada pagi hari saja, selama masuk rumah sakit pasien mengatakan belum kramas sama sekali, kuku pasien tampak panjang dan belum dipotong pada saat dikaji

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

11. Istirahat Tidur

Pasien mengatakan Tidur SMRS tidur siang 13.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dengan jumlah tidur : 8 jam. Saat MRS tidur malam 23.00- 05.00 WIB dan jam tidur pasien saat siang pukul 13.00-14.00 jumlah tidur pasien saat MRS : 6 jam

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

12. Kognitif Perspektual

Pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya dan pasien berharap agar dapat bisa sembuh dan segera pulang kerumah berkumpul dengan keluarga

Konsep diri:

- a. Harga diri: pasien dapat menerima kondisinya saat ini
- b. Ideal diri: pasien ingin segera sembuh dari sakitnya supaya dapat menafkahi anaknya.
- c. Gambaran Diri: pasien menerima keadaan tubuhnya dan kondisinya sekarang
- d. Fungsi peran: pasien berperan sebagai suami, bapak, dan kakek di keluarganya
- e. Identitas diri: pasien dapat menyebut nama, tanggal lahir, dan tempat tinggal
- f. Citra tubuh: Pasien mengatakan bahwa tubuhnya akan baik-baik saja dan akan segera pulih kembali
- g. Orang terdekat: Pasien mengatakan orang terdekatnya saat ini adalah istri dan anaknya.
- h. Hubungan dengan lingkungan sekitar: Pasien mengatakan hubungan pasien dengan lingkungan sekitar baik
- i. Keyakinan dan nilai: Pasien beragama islam, pasien meyakini bahwa ini semua adalah ujian yang diberikan oleh Tuhan dan semua penyakit pasti ada obatnya.

- j. Koping dan intoleransi: Pasien berharap lekas sembuh agar bisa beraktifitas seperti biasanya

3.2 Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium pasien Tn. A dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma

Tabel 3.1 hasil laboratorium darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Leukosit	19.52	$10^3\mu\text{L}$	4.00-10.00	Laki-laki
Hitung jenis leukosit				Laki-laki
- Eosinofil#	0.01	$10^3\mu\text{L}$	0.02-0.50	
- Eosinofil#	0.10	%	0.5-5.0	
- Basofil#	0.04	$10^3\mu\text{L}$	0.00-0.10	
- Basofil#	0.2	%	0.0-1.0	
- Neutrofil#	17.92	$10^3\mu\text{L}$	2.00-7.00	
- Neutrofil#	91.80	%	50.0-70.0	
- Limfosit#	1.23	$10^3\mu\text{L}$	0.80-4.00	
- Limfosit#	6.30	%	20.0-40.0	
- Monisit#	0.32	$10^3\mu\text{L}$	0.2-1.20	
- Monisit#	1.60	%	3.0-12.0	
Hemoglobin	11.70	g/dL	13-17	Laki-laki
Hematokrit	35.70	%	40.0-54.0	Laki-laki
Eritrosit	4.20	$10^6\mu\text{L}$	4.00-5.50	Laki-laki

Indeks eritrosit				Laki-laki
- Mcv	89.0	Finol/cell	80-100	
- Mch	29.2	Pg	26-34	
- Mchc	32.8	g/dl	32-36	
RDW_CV	12.9	%	11.0-16.0	Laki-laki
RDW_SD	40.6	fL	35.0-56.0	Laki-laki
Trombosit	405.00	$10^3\mu\text{L}$	150-450	Laki-laki
Indeks trombosit				Laki-laki
- MPV	9.2	fL	6.5-12.0	
- PDW	16.3	%	15-17	
- PCT	0.373	$10^3\mu\text{L}$	1.08-2.82	

2. Rontgen



Gambar 3.2 foto rontgen

Hasil:

1. Tak tampak massa di paru kanan kiri/mediastinum yang dengan pemberian kontras tak tampak contrast enhancement
2. Trachea dan main bronchus kanan kiri paten
3. Jantung dan pembuluh darah besar tak tampak kelainan
4. Tampak fibroinfiltrat apex paru kanan dengan penebalan pleura kanan atas dan kanan bawah
5. Tak tampak nodul di paru kanan kiri
6. Tak tampak atelektasis/kolaps paru
7. Tampak pembesaran KGB paratracheal ukuran +/-1,31 cm, subcarina +/- 1,45 cm dan peribronchial kiri ukuran +/- 1
8. Tampak multiloculated fluid di hemithorax kiri atas dan di hemithorax kiri bawah yang menyebabkan kompresive atell inferior paru kiri
9. Tak tampak nodul di hepar maupun kelenjar adrenal kanan kiri Tak tampak proses osteolitik/osteoblastic
10. Tampak gambaran sclerotic bentuk bulat dengan brush border di tepinya setinggi VTh 9
11. Tampak pula schmort node di superior endplate VTh 8,9 dan inferior endplate Vth 9

Kempulan:

1. Saat ini tak tampak gambaran hernia diafragmatica
2. Temuan diatas mengesankan suatu peradangan paru curiga spesifik process dengan schwarte

3. Loculated pleural effusion kiri dengan kompresive atelektasis lobus inferior paru kiri
 4. Penebalan pleura kanan bawah
 5. Multiple lymphadenopathy di paratrachea, subcarina dan peribronchial kiri
 6. Schmorl di ujung superior VTh 8,9 dan pelat bawah Vth 9
3. Terapi

Tabel 3.2 Terapi obat Tn. A tanggal 17 sampai 19 Januari 2022 dengan diagnosa medis Pre Operatif Hernia Diafragma

Terapi Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Inj. Ranitidine	1 amp	IV	Untuk tungkak lambung
inj. OMZ	40 mg	IV	Tukak lambung
Transamin	1 amp	IV	Untuk menghentikan pendarahan
Vit k	1 amp	IV	Untuk yang emnderita pembekuan darah
Sirup sucralfat	1 sendok	Oral	Obat yang mengtasi tungkak lambung
Antrain	1 amp	IV	Untuk menurunkan demam dan meringankan rasa skit
Ranitidin	1 amp	IV	Untuk tungkak lambung

3.3 Diagnosa Keperawatan

3.3.1 Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data Tn. A dengan Pre Operatif Hernia Diafragma di

Ruang G1 tanggal 17 Januari 2022

NO	DATA (Symptom) / Faktor Risiko	Penyebab (Etiologi)	MASALAH (Problem)
1	<p>DS: pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri P : Saat bangun tidur dan beraktivitas Q: cenus-cenus R: dada kiri S : 4 T: hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah pasien tampak meringis - Pasien tampak Gelisah <p>TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 161/82 mmHg - N:93x/menit - S: 36.4°C - RR: 24x/menit - SPO 93% - GCS 456 	<p>Agen cedera fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut D.0077 (SDKI Hal. 172)</p>
2.	<p>DS : Pasien mengatakan adanya agak sesak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaa otot bantu napas - Pola napas abnormal - penggunaan alat bantu napas terpasang O2 Nasal 3lpm 	<p>Hambatan upaya napas</p>	<p>Pola nafas tidak efektif D.0005 (SDKI HAL.26)</p>
3	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak atau beraktifitas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terbaring lemas dengan posisi terlentang, aktivitas dibantu keluarga dan perawat. 		<p>Intoleransi Aktivitas D.0109 (SDKI Hal. 124)</p>

3.3.2 Perioritas Masalah

Tabel 3.4 Perioritas Masalah Tn. A dengan Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 17 Januari 2022

NO	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik (trauma)	17/01/2022	19/02/2022	Fadel
2	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas	17/01/2022	19/01/2022	Fadel
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	17/01/2022	19/01/2022	Fadel

3.3.3 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan Tn. A dengan Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tanggal 17 Janurai 2022

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera fisiologis SDKI (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, Diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan kriteria hasil : - Nyeri berkurang - Ekspresi wajah rileks - TTV dalam	Manjemen Nyeri : SIKI hal 201 (I.08238) 1. Lakukan BHSP (bina hubungan saling percaya) 2. Monitor penurunan intensitas nyeri (1-10) 3. Ajarkan pada pasien teknik distraksi dan relaksasi. 4. Anjurkan pasien untuk posisi fowler atau semifowler	1. Dengan rasa saling percaya, klien dapat mengungkapkan perasaannya sehingga akan mempermudah melakukan tindakan keperawatan 2. Untuk menentukan intervensi selanjutnya 3. Untuk menurunkan tegangan otot, memfokuskn kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping. 4. Mempertahankan posisi nyaman

		batas normal SLKI hal 145 (L.08066)		
2.	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas SDKI hal 26 (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola nafas membaik, dengan Kriteria hasil : 1.Penggunaan otot bantu napas menurun 2.Frekuensi napas membaik 3.Kedalaman napas membaik SLKI hal 95	Manajemen jalan napas : SIKI hal 186 (I.01011) 1. Monitor pola napas 2. Posisikan semi fowler dan fowler 3. Berikan oksigen	1. Untuk mengetahui pola napas pada pasien 2. Ajarkan pasien untuk melakukan semi fowler dan fowler 3. Berikan oksigen kepada jika pasien merasa sesak

		(L.01004)		
3.	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan SDKI hal 128 (D.0056)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Intoleransi aktivitas meningkat kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Keluhan lelah mnurun 3. Dispnea saat aktivitas menurun 4. Dispnea	Manajemen energi : SIKI Hal 176 (I.04153) 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	1.Untuk mengetahui kelelahan fisik pada pasien 2. Untuk mengetahui pola jam tidur pada pasien 3.Untuk mengetahui lokasi ketidaknyamanan pasien selama beraktivitas 4.Agar pasien dapat beraktivitas secara bertahap 5.Agar pasien dapat istirahat dengan cukup 6.Agar pasien dapat beraktivitas secara bertahap 7.Agar pasien mendapatkan gizi yang meningkatkan asupan makanan

		setelah aktivitas menurun SLKI hal 149 (L.05047)		
--	--	--	--	--

3.3.4 Tindakan Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 3.6 Implementasi Tn. A dengan Pre Operatif Hernia Diafragma Di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya tanggal 17

Januari 2022

No Dx	Waktu (tgl&jam)	Tindakan	TT perawat	Waktu (tgl&jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT perawat
1,2,3	Dinas pagi 17/01/2022 07.00	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien	Fadel	17/01/2022 14.00	DX 1: nyeri akut S: pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri P: Saat bangun tidur dan beraktivitas Q: cenuh-cenuh R: dada kiri S: 4 T: hilang timbul O: - Ekspresi wajah pasien tampak meringis - Pasien tampak Gelisah A: masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan (2,3,4)	Fadel
1,3	08.00	Memberikan pasien posisi nyaman	Fadel			
1,2,3	10.00	Memberikan inj ranitidine 1amp/iv, inj OMZ/iv, inj transamin 1amp/iv, inj vit K 1amp/iv	Fadel			
1,2,3	11.00	Mengobservasi TTV TD: 161/82 mmHg N: 93x/menit S: 36.4°C	Fadel		DX 2: pola napas tidak efektif S: Pasien mengatakan dadanya agak sesak O: Penggunaa otot bantu napas - Pola napas abnormal - penggunaan alat bantu napas terpasang O2	Fadel

		RR:\24x/menit SPO 93% GCS 456			Nasal 3lpm A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3	
1,2, 3	12.00	Memberikan inj antrain 1amp/iv	Fadel			
1	12.15	Monitor penurunan intensitas nyeri (1-10)	Fadel		DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan lemah pada saat setelah selesai beraktivitas	Fadel
1,2	13.00	Memposisikan pasein fowler dan semi fowler	Fadel		O: Pasien tampak terbaring lemas dengan posisi terlentang, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.	
3	14.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat	Fadel		A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan (1,2,6)	
	Dinas pagi 18/01/2022			18/01/2022 14.00	DX 1: nyeri akut S: pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri P : Saat bangun tidur dan beraktivitas Q: cunut-cunut R: dada kiri S : 3 T: hilang timbul	Fadel
1,2, 3	07.00	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien	Fadel			
1,2, 3	08.00	Mengobservasi pasien GCS:456 pasien terpasang infus NS14tpm, terpasang NGT	Fadel		O: - Ekspresi wajah pasien tampak meringis - Pasien tampak Gelisah	

1,2, 3	09.00	Membagikan snack pasien	Fadel		A: masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan (2,3)	
1,2, 3	10.00	Melakukan injranitidin 1amp/iv, omz 40mg/iv, inj vit K 1 amp/iv, inj transamin 1amp/iv	Fadel		DX 2 : pola nafas tidak efektif S: pasien mengatakan sesak berkurang O: pasien terpasan O2nasal 3lpm A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan (2,3)	Fadel
1,2, 3	11.15	Mengobservasi ttv TD: 157/86 mmHg N:85x/menit S: 36.5°C RR: 20x/menit SPO 99% GCS 456	Fadel		DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan lemah berkurang O: TD: 157/86 mmHg N:85x/menit S: 36.5°C RR: 20x/menit SPO 99% GCS 456	Fadel
1,2, 3	11.30	Memberikan sirup sucalfat 1 sendok peronde	Fadel		RR: 20x/menit SPO 99% GCS 456	
	12.00	Melakukan inj antrain 1amp/iv	Fadel		A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 3,4,6	
	13.00	Memberikan posisi nyama fowler dan semi fowler	Fadel			
1,2, 3	14.00	Menganjurkan pasien untuk latihan aktivitas secara bertahap	Fadel			
	Dinas pagi 19/01/2022			19/01/2022 14.00	DX 1: nyeri akut S: pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri P : Saat bangun tidur dan beraktivitas	Fadel

1,2, 3	07.00	Bina hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien	Fadel		Q: cenut-cenut R: dada kiri S : 3 T: hilang timbul O:	
1,2, 3	07.30	Mengobservasi pasien GCS:456 pasien terpasang infus NS, terpasang NGT	Fadel		- Exspresi wajah pasien nampa sedikit rilex - Pasien nampak sedikit cemas	
1,2, 3	09.00	Melakukan injranitidin 1amp/iv, omz 40mg/iv, inj vit K 1 amp/iv, inj transamin 1amp/iv	Fadel		A: masalah belum teratasi P: intervensi di lanjutkan (2,3)	
1,2, 3	10.00	Mengobservasi ttv TD: 141/75 mmHg N:83x/menit S: 36.4°C RR: 22x/menit SPO 98% GCS 456	Fadel		DX 2 : pola nafas tidak efektif S: pasien mengatakan sesak berkurang O: pasien terpasan O2nasal 2lpm A: masalah terasi sebagian P: intervensi dilanjutkan (2,3)	Fadel
1,2, 3	10.45	Memberikan sirup sucalfat 1 sendok personde	Fadel		DX 3 intoleransi aktivitas S: pasien mengatakan lemah berkurang O:	Fadel
1,2, 3	11.00	Melakukan inj antrain 1amp/iv	Fadel		Pasien terlihat sudah bisa melakukan aktivitas secara bertahap walaupun masih di bantu oleh perawat dan keluarga	
1,2, 3	11.20	Memberikan posisi nyama fowler dan semi fowler	Fadel		ATD: 141/75 mmHg N:83x/menit S: 36.4°C RR: 22x/menit	
2,3	12.00	Menganjurkan pasien untuk latihan aktivitas secara bertahap	Fadel		SPO 98% GCS 456 : masalah teratasi sebgain	

1	13.00	Mengajarkan pada pasien teknik distraksi dan relaksasi	Fadel		P: intervensi dilanjutkan 3	
---	-------	--	-------	--	-----------------------------	--

EVALUASI SUMATIF

No.	DIAGNOSA	EVALUASI SUMATIF
1	Nyeri Akut b/d Agen Pencedera fisiologis SDKI (D.0077)	S: pasien mengatakan nyeri dada di sebelah kiri P : Saat bangun tidur dan beraktivitas Q: cenuh-cenuh R: dada kiri S : 3 T: hilang timbul O: Eksresi wajah pasien nampak sedikit rileks Pasien nampak sedikit cemas A: masalah tertasi sebagian P: intervensi dihentikan karna masalah sudah selesai
2	Pola napas tidak efektif b.d hambatan upaya napas SDKI hal 26 (D.0005)	S: pasien mengatakan sesak berkurang O: pasien terpasang O ₂ nasal 2lpm A: masalah tertasi sebagian P: intervensi dihentikan
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan SDKI hal 128 (D.0056)	S: pasien mengatakan lemah berkurang O: Pasien terlihat sudah bisa melakukan aktivitas secara bertahap walaupun masih di bantu oleh perawat dan keluarga TD: 116/66 mmHg N: 98x/menit S: 36.6°C RR: 21x/menit SPO 98% GCS 456 A: masalah tertasi sebagian P: intervensi dihentikan karna masalah sudah selesai

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini akan dilakukan pembahasan tentang Asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa Pre Operatif Hernia Diafragma diruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. Melalui pendekatan studi kasus untuk membahas teori, fakta serta opini penulis selama praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data penulis telah melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada pengkajian kasus pasien Tn. A berusia 67 tahun dimana di dalam tinjauan pustaka terdapat artikel kesehatan menurut Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan diawali dengan menerapkan pengetahuan dan pengalaman perawat untuk mengumpulkan data tentang klien. Untuk menggali dan menemukan keunikan klien dan masalah keperawatan kesehatan personal klien maka diterapkannya pengetahuan ilmiah dan disiplin ilmu keperawatan (Potter & Perry, 2011).

Pada riwayat penyakit sekarang menurut (Nurarif & Kusuma, 2015). Keluhan utama yang dirasakan pasien Hernia Diafragma biasanya yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik

Keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga. Jadi hal ini ada kesinambungan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pasien juga mengalami nyeri di dada dengan skal nyeri 4 (0-10)

Pada riwayat penyakit dahulu terdapat sedikit kesenjangan, Riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji adalah penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif (Muttaqin & Sari, 2013). Sedangkan pada pasien, Pasien mengatakan pernah mengalami batuk selama 1 tahun. Pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 10 tahun yang lalu

Pada riwayat kesehatan keluarga dikaji mengenai apakah keluarga pernah mengalami penyakit yang sama, mempunyai penyakit sistemik seperti DM, hipertensi, tuberculosis (Muttaqin & Sari, 2013). Hal ini ada kesinambungan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus Pasien mengatakan jika ibu kandung meninggal sejak tahun 1992 dikarenakan hipertensi.

Pada pemeriksaan fisik pasien mengatakan SMRS sudah merasakan nyeri dada kuadrat kiri dan setelah MRS pasien mengatakan masih merasakan nyeri dan susah beraktivitas kadang mengalami sesak lalu di lakukan observasi dengan hasil TD: 161/82 mmHg N:93x/menit S: 36.4°C RR: 24x/menit SPO 93% GCS 456, pasien mendapat infus NS 500 ml, terpasang di tangan kanan, pasien mendapatkan obat Inj. Ranitidine 1 amp IV, inj. OMZ 40mg, Transamin 1 amp IV, Sirup sucralfat 1 sendok, Vit k 1 amp, antrain IV. dan di lakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin 11,70 g/dl leukosit $9,5 \cdot 10^3$ /ul hematokrit 35,70 % Pasien di pindah di Ruang G1 pukul 20.00 pasien 456, kesadaran composmetis, Keadaan umum lemah.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim pokja SDKI DPP (2017), masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. diagnosa keperawatan Menurut teori terdapat 5 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada pasien dengan Heria diafragma yaitu :

1. nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
2. ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena adanya mual muntah
3. intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri
4. pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas,
5. ansietas.

Sedangkan pada kasus Tn. A hanya ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu

1. nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
2. intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri
3. pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas.

Sedangkan diagnose keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena mual muntah tidak ditegakkan karena pasien Tn. A tidak mengalami gejala atau mengeluh mual muntah dan diagnose ansietas tidak ditegakkan karena pasien pasien Tn. A tidak merasakan adanya cemas karena pasien percaya akan cepat sembuh. Maka penulis menyimpulkan ada kesenjangan antara kasus nyata pada pasien Tn. A dan teori karena diagnose

keperawatan yang diangkat pada kasus tidak sesuai dikemukakan.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus yang nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa Hernia Diafragma secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

4.3 Perencanaan

tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan ini merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindak keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan.

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012).

Pada kasus Tn. A intervensi yang disusun hanya pada 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri.

Semua intervensi keperawatan yang disusun pada Tn. A sesuai dengan intervensi keperawatan teori sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak

terdapat kesenjangan antara intervensi keperawatan teori dan intervensi kasus nyata.

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis. Penulis melakukan tindakan mengidentifikasi skala nyeri pasien, berikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, menjelaskan cara meredakan nyeri dengan cara melakukan relaksasi nafas dalam.

pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas. Penulis melakukan tindakan keperawatan dengan Monitor pola napas, Posisikan semi fowler dan fowler, Berikan oksigen

Intoleransi aktivitas b.d kelemahan. Penulis melakukan tindakan keperawatan dengan monitor dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, menganjurkan untuk istirahat yang cukup.

4.4 Pelaksanaan

tahap ketika perawat mengimplikasikan rencana keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikatif yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal ini karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam

melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dengan perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya saran dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Menurut Potter & Perry, (2011) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn. A dilakukan pada tanggal 17-01 January 2022 di Ruang G1. Implementasi keperawatan pada hari pertama tanggal 17 January 2022 sebagai berikut :

Diagnosa pertama: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yaitu mengkaji status nyeri: nyeri sedang skala 4, memberikan binaan hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam dan mendengarkan keluhan dari pasien, memberikan pasien posisi nyaman, memberikan inj. ranitidine 1amp/iv, inj OMZ/iv, inj transamin 1amp/iv, inj vit K 1amp/iv. Dari semua intervensi keperawatan yang disusun di teori pada diagnose nyeri akut semuanya sudah di implementasikan pada Tn. A, sehingga disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara implementasi teori dan kasus nyata

Diagnose kedua yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, memberikan binaan hubungan saling percaya dengan mengucapkan salam, mengobservasi keadaan pasien, Mengobservasi ttv TD: 141/75 mmHg, N:83x/menit , S: 36.4°C , RR: 24x/menit , SPO 98% , GCS 456,

cara mengajarkan pasien teknik relasasi napas dalam, memberikan posisi yang nyaman, mengajarkan pada pasien untuk posisi fowler atau semifowler. Dari semua intervensi keperawatan yang disusun di teori sudah di implementasikan pada Tn. A.

Diagnose ketiga: intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri tindakan yang dilakukan yaitu memonitor pola tidur pasien, membantu ADL pasien, mengajurkan melakukan aktivitas secara bertahap seperti gerak pasif dan aktif, dan menganjurkan pasien istirahat. Dari semua intervensi keperawatan yang disusun di teori pada diagnose intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri semuanya sudah di implementasikan pada Tn. A, sehingga disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara implementasi teori dan kasus nyata.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan dilaksanakan selama tiga hari dengan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditetapkan dimana masalah keperawatan nyeri akut, pola napas tidak efektif, dan intoleransi aktivitas pada hari pertama belum teratasi. Pada hari ketiga masalah nyeri akut belum teratasi karena masih ada beberapa data dukung seperti masih merasakan nyeri, skala nyeri 4 (sedang) tetapi intervensi tidak dilanjutkan oleh penulis karna masa dinas sudah selesai. Masalah pola napas tidak efektif pada hari peratama dinas malam teratasi dan masalah intoleransi aktivitas di hari pertama sampai kedua belum teratasi karena masih dibantu oleh perawat dan keluarga saat beraktivitas tetapi intervensi tidak dilanjutkan oelh penulis dikarenakan masa dinas sudah selesai.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Pre Operatif Hernia Diafragma di Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 17 Januari 2022 sampai 19 Januari 2022, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Hernia Diafragma.

5.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosis hernia diafragma dilakukan dengan pendekatan persistem mulai dari B1-B6 dan pola fungsi Gordon. Pada pengkajian B1 (*breath*) penulis menemukan data sesak napas yang disebabkan karena nyeri dada bagian kiri. Pada pengkajian B2 (Kardiovaskuler) penulis menemukan data pasien nyeri akut pada dada kiri. Pada pengkajian B6 (Muskuloskeletal) penulis menemukan data pasien perubahan perawatan diri ditemukan pasien setelah masuk rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh anaknya maupun perawat.
2. Dalam penegakkan diagnosis keperawatan, tidak semua diagnosis yang ada ditinjauan pustaka tercantum di tinjauan kasus. Penulis menegaskan diagnosis keperawatan sesuai kondisi klinis yang dialami oleh pasien.

3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum pada tinjauan kasus. Intervensi yang disusun penulis menyesuaikan diagnosis yang ditemukan pada pasien.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien yang pulang, karena keluarga memilih merawat dirumah.

5.2 Saran

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Pre Operatif Hernia Diafragma adalah sebagai berikut:

1. Akademisi

Karya ilmiah akhir ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien hernia diafragma

2. Praktisi

a. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus hernia diafragma sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrovaskular dan sirkulasi.

b. Bagi Penulis

Dalam menyusun studi kasus pada pasien dengan diagnosis hernia diafragma, kerja sama antar sesama tim kesehatan dalam melakukan proses asuhan keperawatan, sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

c. Bagi Keluarga Pasien

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus hernia diafragma, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Sjamsuhidajat & de jong. (2012). Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia andorson, Lorraine. (2006). Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Suratun, Lusianah. (2010). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal. Jakarta: Trans Info Media.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*, edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Mustaqin. (2013). GAMBAR KERANGKA MASALAH HERNIA. *Jurnal keperawatan* 25-26
- Dermawan, D., & Rahayuningsih, T. (2010). KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (SISTEM PENCERNAAN). Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Oliza Siska, (2019) GAMBARAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR INJEKSI IV SESUAI PUSKESMAS PAMENANG, *Jurnal kesehatan*
- Blundell, A & Harrison, R. (2015). At a Glance OSCE. Ahli bahasa, dr. Vidya Hartiansyah : editor edisi bahasa indonesia. Jakarta: Erlangga.
- Doenges M, (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien, Jakarta, EGC*
- Muttaqin, Arif & Kumala Sari. (2013). Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika
- Dermawan deden & Tutik Rahayuningsih. (2010). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Gosyen publishing.
- Moewardi, (2021). *Diaphragmatic Herni*. Sukarta, Indonesia. *Jurnal kesehata*. 73-74
- Nurohimah Deviana, (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien hernioraphy*. Bandung, *Jurnal Kesehatan*, 8-9

Lampiran 1

SOP INJEKSI IV (INTRAVENA)

Pengertian : Memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena

Tujuan : Sebagai acuan penerapan langkah-langkah Injeksi Intra vena

Persiapan Alat dan bahan :

1. Rekam medis pasien
2. Alat tulis
3. Bak instrument
4. Bengkok
5. Kipas alkohol 70%
6. Obat injeksi
7. Spuit 1 cc
8. Plaster
9. Kasa steril

Prosedur :

1. Petugas mencuci tangan
2. Petugas menyiapkan alat.
3. Petugas menjelaskan kepada pasien atau keluarganya tentang tindakan yang akan dilakukan
4. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan rekam medis.
5. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan lembar resep.
6. Bila obat dalam bentuk serbuk, Petugas melarutkan obat dengan water for

injection

7. Petugas menentukan lokasi yang akan dilakukan injeksi
8. Petugas memasang karet pembendung diatas daerah yang akan di injeksi.
9. Petugas mendesinfeksi daerah injeksi dengan cara melingkar dari dalam keluar kapas alcohol 70% dan tunggu sampai kering.
10. Petugas menusukkan jarum masuk ke dalam vena, aspirasi sehingga darah keluar (untuk memastikan bahwa jarum sudah benar-benar masuk ke dalam vena), lepaskan karet pembendung, masukkan obat pelan-pelan.
12. Setelah obat masuk semua, Petugas meletakkan kapas alcohol di atas tusukan, mencabut jarum dan menekan bekas tusukkan dengan kapas selama kurang lebih 30 detik dan memastikan darah berhenti