

Case Study : *Perioperatif Nursing* Pada Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Dengan Tumor Testis Sinistra Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. M. Haulussy Ambon

Jonris Samloy¹

¹RSUD dr. M. Haulussy Ambon, Maluku, Indonesia

DATA OF ARTICLE:

Received: 10 Agustus 2025

Reviewed: 22 Agustus 2025

Revised: 31 Agustus 2025

Accepted: 31 Agustus 2025

*CORRESPONDENCE:

hondrissamloy@gmail.com

Abstrak: Hernia inguinalis merupakan penonjolan isi rongga melalui bagian terlemah dari muskuloaponeurotik dinding perut yang terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia. Kondisi ini berhubungan dengan peningkatan risiko kanker testis, di mana pria yang pernah mengalami hernia inguinalis memiliki risiko tiga kali lebih tinggi, terutama pada kasus yang memerlukan pembedahan. Namun demikian, hernia inguinalis sendiri bukan faktor risiko kanker testis apabila tidak disertai kriptorkismus atau atrofi testis. Studi kasus ini melaporkan seorang pasien laki-laki berusia 65 tahun dengan diagnosis hernia inguinalis lateralis sinistra disertai tumor testis sinistra yang menjalani tindakan hernia repair dan orchiectomy. Asuhan keperawatan perioperatif yang dilakukan mencakup tahap pre-operasi, intra-operasi, dan post-operasi dengan permasalahan utama berupa nyeri akut, ansietas, risiko perdarahan, risiko hipotermia perioperatif, serta risiko jatuh. Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dengan tujuan mendeskripsikan tatalaksana keperawatan perioperatif pada pasien. Hasil menunjukkan bahwa manajemen nyeri menurunkan skala nyeri menjadi 2 (nyeri ringan), intervensi reduksi ansietas menurunkan skor HAM-A menjadi 8 (kecemasan ringan), pencegahan perdarahan berhasil menekan jumlah perdarahan intraoperatif menjadi 300 cc (di bawah ambang batas 500 cc), manajemen hipotermia meningkatkan suhu tubuh hingga 37,4 °C, dan pencegahan jatuh mencapai skor 45. Simpulan dari studi kasus ini adalah penatalaksanaan keperawatan perioperatif yang cepat, tepat, dan terintegrasi mampu mencegah morbiditas serta mortalitas pasien pasca tindakan invasif. Diagnosa keperawatan yang ditemukan berjumlah lima dengan perencanaan keperawatan yang mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI, sehingga diharapkan dapat menjadi referensi bagi praktik keperawatan perioperatif yang serupa di masa mendatang.

Kata kunci: Hernia Inguinalis; Intra-operasi; Pre-operasi; Post-operasi; Tumor Testis

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga bagian terlemah asal muskuloaponeurotik dinding perut, hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia (1). Hernia inguinalis ialah tonjolan visera abdomen melalui area lemah dinding abdomen pada bagian selangkangan. Hernia inguinalis bisa terjadi secara bilateral atau di satu sisi selangkangan dinding perut (2). Hernia inguinalis dibagi menjadi hernia inguinalis kongenital dan hernia inguinalis yang didapat atau tidak langsung. Sebagian besar hernia inguinalis yang dijumpai pada dewasa adalah hernia inguinalis yang didapat (3).

Selain faktor jenis kelamin dan usia, beberapa faktor lain yang bisa mencetus kemungkinan terjadinya hernia inguinalis adalah faktor genetik dan adanya riwayat penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), sindrom danlos, dan sindrom marfan. Faktor genetik bisa meningkatkan kemungkinan terjadinya hernia inguinalis 4 kali lipat jika dibandingkan dengan seseorang tanpa keluarga dengan riwayat hernia inguinalis. Faktor lain yaitu adanya

peningkatan tekanan intraabdomen akibat obesitas, batuk kronis, aktifitas mengangkat beban yang berat, dan aktifitas mengejan pada masalah sembelit (4).

Gambaran klinis hernia inguinalis pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha yang muncul di saat mengedan, batuk atau mengangkat beban berat, dan menghilang waktu istirahat baring. Sedangkan pada bayi dan anak, adanya benjolan yang hilang timbul di lipat paha umumnya diketahui oleh orangtua, serta mereka sering gelisah, selalu menangis, dan kadang perut kembung (4). Kurang lebih 75% hernia terjadi di area lipatan paha (hernia inguinal direk, indirek, hernia femoralis), hernia insisional 10%, hernia ventralis 10%, hernia umbilikal 3%, lainnya 2% (1)(4). *Global Burden of Disease* (GBD) pada tahun 2019 menilai 204 negara secara global memperoleh insiden hernia sebesar 13,02 juta kasus, 86% adalah laki-laki (11,24 juta) dan 14% adalah perempuan (1,78 juta), berbanding laki-laki terhadap perempuan sebesar 6 : 1. Sedangkan di Indonesia dan negara ASEAN lainnya berjumlah 1,063 juta kasus (5).

Hernia inguinalis saat usia 50 tahun ke atas beberapa masalah dampak dari kriptorkismus testis yang tidak biasa (6). Hernia inguinalis merupakan faktor risiko potensial kanker testis 3 kali lebih tinggi pada pria yang pernah mengalami hernia inguinalis, bahkan hernia inguinalis yang memerlukan pembedahan adalah risiko kanker testis. Dapat disimpulkan bahwa hernia inguinalis bukanlah faktor risiko kanker testis tanpa adanya kriptorkismus atau atrofi testis (7). Tindakan bedah atau invasif merupakan pengobatan definitif terhadap kasus hernia inguinalis menggunakan banyak teknik perbaikan hernia yang dipergunakan sesuai komplikasi dan kekambuhan seperti *hernia repair* (8), maupun tumor testis dilakukan pembedahan yakni *orchiectomy* (9).

Kompleksnya pengelolaan pasien hernia inguinal yang disertai tumor testis, menjadi penting untuk mengangkat kasus ini dalam bentuk studi kasus. Deskripsi pengelolaan pasien hernia inguinal dengan tumor testis baik selama periode pre, intra maupun post operasi dengan menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Studi kasus terkait hal ini masih jarang ditemukan.

Berdasarkan uraian pendahuluan diatas penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hernia inguinal dengan tumor testis yang sedang menjalani operasi di Instalasi Bedah Sentral RSUD dr. M. Haulussy Ambon.

METODE

Metode dalam penelitian ini menggunakan studi kasus pada seorang pasien dengan kasus hernia inguinalis lateralis sinistra dan tumor testis. Studi kasus mendeskripsikan cara peneliti dalam melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun perencanaan, mengimplementasi dan mengevaluasi yang diperoleh untuk memberikan bukti empiris terkait dengan gambaran suatu masalah atau penyakit.

Subjek dalam studi kasus keperawatan ini adalah pasien seorang laki-laki (65 tahun), berat badan 57 kg, tinggi badan 159 cm, dan IMT 22,5 m/kg² dengan diagnosa medis hernia inguinalis lateralis sinistra dan tumor testis. Proses asuhan keperawatan perioperatif dilakukan pada tanggal 21 Juni 2025 mulai sewaktu pasien masuk di kamar operasi sampai keluar kamar operasi yang meliputi pre-operasi, intra-operasi dan post-operasi.

HASIL

Pengkajian

Pre Operasi:

Pengkajian pre-operasi pada pasien didapatkan mengatakan terdapat benjolan di lipatan paha sebelah kiri sejak 10 tahun yang lalu dengan riwayat 2 kali operasi hernia yakni bagian kiri bawah perut dan kanan bawah perut. Pasien mengatakan awalnya benjolan hanya pada lipatan paha, tetapi seiring berjalannya waktu benjolan membesar pada skortum kiri dari 9 tahun yang lalu dan merasa gatal sehingga sering digaruk. Pasien merasa nyeri spontan pada skortum dengan kualitas seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 6 (nyeri sedang) dirasakan hilang timbul selama $\pm$ 3 menit. Pasien juga mengatakan merasa khawatir terhadap penyakitnya yang akan operasi ketiga kalinya. Tensi: 142/89 mmHg, nadi: 91 $\times$ /menit, pernapasan: 20 $\times$ /menit, suhu: 37,1°C, SpO₂: 99%, kesadaran

compos mentis (GCS: 15). Ekspresi wajah pasien meringis, tampak gelisah, dan skor HAM-A yaitu 22 (kecemasan sedang). Terdapat benjolan besar di skrotum berukuran 24 × 31 cm. Benjolan tersebut berwarna seperti kulit sekitar, terdapat luka lecet berdiameter ± 1 cm, bau dan berdarah.

Intra Operasi:

Pengkajian intra-operasi pada pasien didapatkan tensi: 121/81 mmHg, nadi: 83 ×/menit, pernapasan: 18 ×/menit, suhu: 37,2°C, SpO₂: 100%, kesadaran terjaga. Posisi pasien di meja operasi adalah supine, dengan anestesi *subarachnoid block* (SAB) atau anestesi spinal. Pemasangan ESU. Dilakukan antiseptik menggunakan betadine dan alkohol 70%. Operasi dimulai, dokter bedah melakukan hernia repair dengan mesh. Setelah itu tampak testis sinistra membesar seperti buah kelapa yang keras, sehingga dokter bedah melakukan orchidektomy. Hemaglobin pre operasi 12,0 gr/dL.

Post Operasi:

Pengkajian post-operasi pada pasien didapatkan tensi: 124/87 mmHg, nadi: 87 ×/menit, pernapasan: 18 ×/menit, suhu: 35,9°C, SpO₂: 100%, kesadaran terjaga, pasien masih dalam pengaruh anestesi post SAB, ekstermitas belum bisa digerakkan, skor ASA II, handrail terpasang dan roda tempat tidur terkunci serta skala morse 45 (risiko tinggi). Akral pasien tampak kedinginan dampak pengaruh suhu ruangan dan tindakan anestesi. Tindakan operasi yang dilakukan pada pasien yaitu *hernia repair + orchiectomy*.

Selama operasi perawat bedah berkolaborasi dengan dokter bedah (dokter operator), yang mana perawat bedah terdiri dari perawat asisten, perawat instrument dan perawat sirkuler. Sedangkan perawat anestesi berkolaborasi dengan dokter anestesi.

Hasil

Pre Operasi:

Berdasarkan deskripsi kasus pre-operasi di atas, diagnosa keperawatan perioperatif yang ditegakkan yaitu 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (neoplasma) (D.0077), luarannya tingkat nyeri (L.08066), dan intervensi manajemen nyeri (I.08238); 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080), luarannya tingkat ansietas (L.09093) dan intervensi reduksi ansietas (I.09134). Tindakan mandiri perawat yang dilakukan pada diagnosa 1 adalah memberikan terapi nonfarmakologis yaitu teknik napas dalam, diagnosa 2 adalah melatih teknik relaksasi imajinasi terbimbing. Evaluasi yang diperoleh pada diagnosa pertama adalah skala nyeri menurun menjadi 2 (nyeri ringan). Begitupun pada diagnosa kedua adalah skor HAM-A menurun menjadi 8 (kecemasan ringan).

Intra Operasi:

Berdasarkan deskripsi kasus intra-operasi di atas, diagnosa keperawatan perioperatif yang ditegakkan yaitu risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012), luarannya tingkat perdarahan (L.02017) dan intervensi pencegahan perdarahan (I.02067). Tindakan mandiri perawat yang dilakukan pada diagnosa adalah memonitoring tanda dan gejala perdarahan serta memasang *electro surgery unit* (ESU). Evaluasi yang diperoleh pada diagnosa pertama adalah tensi: 122/79 mmHg, nadi: 86 ×/menit, pernapasan: 18 ×/menit, SpO₂: 100%, agitasi (-), perdarahan 300 cc, CRT < 2 detik, *balance* cairan (intake 1100 ml, output 950 ml): 150 ml.

Post Operasi:

Berdasarkan deskripsi kasus post-operative di atas, diagnosa keperawatan perioperatif yang ditegakkan yaitu 1) Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah (D.0141), luarannya termoregulasi (L.14134) dan intervensi manajemen hipotermia (I.14507); 2) Risiko jatuh dibuktikan dengan kondisi efek agen farmakologis (D.0143), luarannya tingkat jatuh (L.14138) dan intervensi pencegahan jatuh (I.14540). Tindakan mandiri perawat yang dilakukan pada diagnosa 1 adalah melakukan penghangatan aktif eksternal yaitu *forced air warming*, diagnosa 2 adalah mengkaji risiko jatuh menggunakan (*Fall Morse Skale*),

memastikan roda tempat tidur terkunci dan memasang handrall tempat tidur. Evaluasi yang diperoleh pada diagnosa pertama suhu membaik menjadi 37,4°C. Begitupun pada diagnosa kedua adalah pasien tidak jatuh dari tempat tidur. Skor Bromage ≤ 2 pasien boleh dipindahkan ke ruangan rawat inap.

PEMBAHASAN

Fokus studi kasus ini membahas lebih lanjut tentang intervensi keperawatan perioperatif yang dilakukan oleh perawat selama proses operasi mulai dari pre, intra, maupun post operasi.

1. Nyeri akut

Pasien sebelum dilakukan intervensi skala nyeri 6 (nyeri sedang) dan setelah dilakukan teknik napas dalam skala nyeri menurun menjadi 2 (nyeri ringan). Manajemen nyeri merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan maupun fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat serta konstan, mekanisme penatalaksanaan buat penanganan nyeri, terdapat dua manajemen untuk penanganan nyeri yaitu secara farmakologi maupun non farmakologi (10). Terapi nonfarmakologis dipergunakan menjadi pendamping obat untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung cukup singkat, dapat dilakukan dengan cara relaksasi napas dalam. Umumnya membutuhkan waktu 5-10 menit, mengulang selama tiga kali pelatihan sebelum pasien dapat meminimalkan nyeri secara efektif (11).

Relaksasi nafas dalam bisa menurunkan intensitas nyeri dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme akibat disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan menaikkan aliran darah ke bagian yang mengalami spasme ataupun iskemik. Teknik relaksasi napas dalam dapat merangsang tubuh agar melepaskan opiod endogen yaitu endorphin dan enkefalin (11). Hormon *endorphin* merupakan substansi sejenis morfin yang berfungsi menjadi penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. (12). Enkefalin ialah hormon peptida alami pada tubuh yang berperan untuk mengurangi rasa sakit (analgesik) dan mengatur suasana hati (13).

2. Ansietas

Pasien mengalami kecemasan sebelum operasi dengan skor HAM-A yaitu 22 (kecemasan sedang), dan setelah dilakukan teknik relaksasi imajinasi terbimbing didapatkan skor HAM-A menurun menjadi 8 (kecemasan ringan). Jika kecemasan dibiarkan akan berdampak pada perubahan fisik dan psikis yang mengakibatkan pada peningkatan fungsi saraf simpatis dan peningkatan tekanan darah, detak jantung, pernapasan, keringat dingin, gangguan kencing, nyeri ulu hati, serta kekuatan pasien dapat menurun, sebagai akibatnya merugikan diri pasien (14). Reduksi ansietas merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat agar meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman menggunakan terapi farmakologi maupun terapi non farmakologi (10).

Terapi nonfarmakologis yang diberikan dalam penanganan kecemasan yaitu teknik relaksasi imajinasi terbimbing digunakan pada pasien pra operasi (15). Imajinasi terbimbing bisa dilakukan menggunakan cara pasien diminta memejamkan mata dan membayangkan hal-hal yang dapat menghasilkan perasaan menjadi gembira dan rileks, lalu menghembuskan udara melalui mulut, dilakukan selama tiga kali pengulangan dalam rentang 5 menit, sehingga terapi ini membuat lebih rileks menggunakan cara pengalihan pikiran negatif menjadi positif (15) (16). Teknik relaksasi *guide imagery* menghasilkan pengeluaran hormon 'kebahagiaan' (betaendorfin) semakin tinggi untuk berproduksi sebagai akibat dapat mengurangi perasaan stres atau kecemasan (16).

3. Risiko perdarahan

Pada pasien pasien risiko mengalami perdarahan akibat adanya insisi pada bagian abdomen kuadran kiri bawah hingga skrotum mengakibatkan perdarahan 300 cc (< 500 cc), oleh karena itu hemoglobin pasien harus dipertahankan dan tetap mengontrol perdarahan dengan menggunakan kauterisasi. Pencegahan perdarahan merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko atau

komplikasi stimulus yang menyebabkan perdarahan atau risiko perdarahan (10). Penggunaan *electro surgery unit* terdiri dari generator dan alat genggam (*cauter*) menggunakan satu elektroda (*monopolar*) atau dua elektroda (*bipolar*). Fungsi *cauter* sebagai pemotong dan koagulasi jaringan. Fungsi koagulasi dipergunakan buat menghentikan perdarahan dengan menutup beberapa jaringan pembuluh darah berukuran kecil atau kapiler (17).

Penggunaan *cauter* efektif untuk menghentikan perdarahan yang tidak memungkinkan dilakukan teknik penjahitan terstandar atau ligase. Komplikasi operasi salah satunya ialah perdarahan, untuk mengurangnya menggunakan teknik medis yang melibatkan pembakaran bagian tubuh atau kauterisasi pada pembuluh darah kecil sehingga tertutup. Teknik ini membantu mengendalikan perdarahan selama tindakan invasif karena diyakini lebih efektif (18).

4. Risiko hipotermia perioperative

Pasien mengalami penurunan suhu pasca operasi yaitu 35,9°C, dikarenakan selama proses operasi terpapar langsung dengan suhu ruangan yang dingin dan juga proses anestesi. Setelah dilakukan penghangatan aktif eksternal yaitu *forced air warming* sehingga suhu membaik menjadi 37,4°C. Manajemen hipotermia adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat buat mengidentifikasi dan mengelola suhu tubuh dibawah rentang normal (10). Perioperatif ialah suatu kondisi suhu inti tubuh lebih rendah dari 36°C, dimana prevalensi hipotermia perioperatif yang dilaporkan berkisar dari 50% sampai 90% dari semua pasien bedah dan terjadi saat kemampuan tubuh untuk mempertahankan suhu normal berkurang (19).

Penggunaan alat *forced air warming* bisa dijadikan sebagai salah satu metode *prewarming* yaitu penghangatan 15-60 menit sebelum atau selesainya operasi, maupun penghangatan selama pembedahan dan terbukti efektif dalam mencegah penurunan suhu tubuh yang drastis selama perioperatif (20). Alat *forced air warming* bekerja menggunakan metode konvektif, dimana terjadi penghantaran udara panas dari alat terus menerus ke permukaan selimut dan ketika pasien berada di bawah maupun di atas selimut, maka akan memiliki area kontak yang luas sehingga panas dapat diserap secara optimal melalui permukaan kulit pasien (21).

5. Risiko jatuh

Setelah operasi pasien dengan *morse fall score* 45 (risiko tinggi) jika dibandingkan dengan sebelum operasi 35 (risiko rendah). Pencegahan jatuh ialah intervensi yang dilakukan perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis (10). Pengkajian ulang risiko jatuh diartikan sebagai proses asesmen yang dilakukan perawat selama transfer atau perawatan terhadap seluruh pasien, untuk mengidentifikasi adanya perubahan pada kondisi pasien baik berupa perburukan atau kondisi perbaikan. Pelaksanaan asesmen ulang risiko jatuh yang membedakan adalah indikasi atau kriteria pasien untuk dilakukan asesmen ulang (22). Pengkajian ulang risiko jatuh dengan *fall morse scale* merupakan bentuk pencegahan risiko jatuh yang menjadi manajemen keselamatan pasien di rumah sakit (23).

Perawat bertugas untuk melakukan pengkajian dan pencegahan jatuh dengan pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan keamanan dan perlindungan keperawatan pada pasien dengan memberikan edukasi dan melakukan tindakan pencegahan jatuh berdasarkan SOP (standard operasional prosedur) yang berlaku (24). Peran perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan yang memiliki kedudukan dan fungsi yang sangat signifikan dalam pencegahan resiko jatuh di bangsal yaitu perawat melakukan penilaian resiko jatuh dengan menggunakan *morse fall score*, memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur terkunci (22).

KESIMPULAN

Penatalaksanaan asuhan keperawatan perioperatif yang cepat dan tepat dapat mencegah morbiditas dan mortalitas pasien ketika dilakukan tindakan invasif. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus ini sebanyak lima diagnosa, lima luaran dan lima intervensi keperawatan berdasarkan buku SDKI, SLKI dan SIKI.

Tindakan mandiri perawat dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun dan tidak mengabaikan tindakan yang lainnya yaitu 1) melakukan teknik napas dalam; 2) adalah melatih teknik relaksasi imajinasi terbimbing; 3) memonitoring tanda dan gejala perdarahan dan memasang *electro surgery unit*; 4) melakukan penghangatan aktif eksternal yaitu *forced air warming*; 5) mengkaji risiko jatuh menggunakan (*morse fall score*), memastikan roda tempat tidur terkunci dan memasang handrall tempat tidur. Skor Bromage ≤ 2 pasien boleh dipindahkan ke ruangan rawat inap.

REFERENSI

1. Syahraeni, Kurniawan A, Ardi Munir M, Basry A. Giant Hernia Insisional : Laporan Kasus. J Med Prof [Internet]. 2024;6(1):61. Available from: <https://jurnal.fk.untad.ac.id/index.php/medpro/article/view/1010>
2. Abebe MS, Tareke AA, Alem A, Debebe W, Beyene A. Worldwide Magnitude Of Inguinal Hernia: Systematic Review And Meta-Analysis Of Population-Based Studies. SAGE Open Med. 2022;10
3. Putri NA, Feby N, Agistany F, Bayu R, Akhyar F. Inguinal Hernia : Diagnosis and Management. J Biol Trop. 2023;23:96–103.
4. Sjamsuhidajat R, Prasetyono T, Rudiman R, Riwanto I, Tahalele P. Buku Ajar Ilmu Bedah: Sistem Organ Dan Tindak Bedahnya (1), Edisi 4, Vol 2. Jakarta: EGC; 2016.
5. Ma Q, Jing W, Liu X, Liu J, Liu M, Chen J. The Global, Regional, And National Burden And Its Trends Of Inguinal, Femoral, And Abdominal Hernia From 1990 To 2019: Findings From The 2019 Global Burden Of Disease Study - A Cross-Sectional Study. Int J Surg. 2023;109(3):333–42.
6. Kassir R, Dubois J, Berremila SA, Baccot S, Boueil-Bourlier A, Tiffet O. A Rare Variant of Inguinal Hernia: Cryptorchid Testis At The Age of 50 Years. Etiopathogenicity, Prognosis and Management. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2014;5(7):416–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.03.015>
7. Kulacoglu H, Köckerling F. Hernia and Cancer: The Points Where The Roads Intersect. Front Surg. 2019;6(19):1–14.
8. Hammoud M, Gerken J. Inguinal Hernia. 2022 [cited 2025 Jul 13]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513332/>
9. Gaddam SJ, Bicer F, Chesnut GT. Testicular Cancer. 2023; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563159/>
10. PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1 Cetakan II. Jakarta: PPNI; 2018.
11. Aini L, Reskita R. Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasein Fraktur. J Kesehat. 2018;9(2):262–6.
12. Taqiyah Y, Alam RI, Lelsubun JP, Jama F. Efektifitas Aromaterapi Lavender dalam Adaptasi Nyeri Persalinan Fase Aktif. J Penelit Kesehat Suara Forikes. 2023;14(5):141–3.
13. Risqi DD., Wiyono J, Marsaid, Ciptaningtyas MD. Pengaruh Kombinasi Aromaterapi Mawar Dan Edukasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Pembedahan Elektif Di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. J Keperawatan Muhammadiyah. 2024;9(4):2024.
14. Hidayat N, Fitry AP, Fajriah F, Nurazizah YS, Nurapandi A. Pengaruh Terapi Imajinasi Terbimbing Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi. J TSCNers [Internet]. 2022;7(2):2503–2453. Available from: <http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/tscn>
15. Safitri W, Agustin WR. Terapi Guide Imagery Terhadap Penurunan Kecemasan Pasien Preoperasi Sectio Caesarea. J Keperawatan 'Aisyiyah. 2020;7(1):31–7.
16. Retnaningsih, Triyanto A, Subekti T. Manajemen Syok Hipovolemia pada Pasien Fraktur Patologis Neck-Femur Suspek Metastasis dengan Hemiarthroplasty: Studi Kasus. J Keperawatan Klin dan Komunitas (Clinical Community Nurs Journal). 2024;8(2):86.
17. Biantara I, Dewi VR, Kharomah LN, Dwikijayanti GP, Hidayat YT, Supriyanto S. Studi Kasus: Penerapan Perioperatif Care Pada Diagnosa Cholelithiasis Dengan Tindakan Operasi Kolesistektomi

- Laparatomi. *J Sains dan Kesehat*. 2023;7(1):39–48
18. NICE Clinical Guidelines. Hypothermia: Prevention and Management in Adults Having Surgery. In USA; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554181/>
 19. Lee Y, Kim K. Optimal Application of Forced Air Warming to Prevent Peri-Operative Hypothermia during Abdominal Surgery : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Environ Res Public Heal*. 2021;18.
 20. Pratiwi NKDT, Raya NAJ, Puspita LM. Manajemen Hipotermia Dalam Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Yang Menjalani Pembedahan Abdomen: a Literature Review. *Coping Community Publ Nurs*. 2021;9(5):497.
 21. Tambunan CEV, Afandi AT, Nur KRM, Wahyuni S. Pencegahan Resiko Jatuh Pada Pasien Dengan Diagnosis Keperawatan Dyspneu : Studi Kasus. *J Keperawatan Sehat Mandiri*. 2024;2(1):14–25.
 22. Satriawan HD, Wijaya D, Kurniawati Y. Penerapan Asesmen Risiko Jatuh Berbasis Fall Morse Scale Pada Pasien Chronic Kidney Disease. 2024;5(3):10105–15.
 23. Astuti NP, Santos OSC Dos, Indah ES, Pirena E. Upaya Pencegahan Pasien Resiko Jatuh dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit: Review. *J Kesehat Tambusai*. 2021;5(3).