

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Perioperatif**

##### **1. Konsep Perioperatif**

Menurut Muttaqin & Kumala (2013), terdapat tiga fase perioperatif yaitu fase pra operatif, fase intraoperatif, dan fase post operatif.

- a. Fase pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan sampai berakhir di meja operasi. Pada tahap ini akan dilakukan pengkajian secara umum untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien, sehingga intervensi yang dilakukan perawat sesuai. Pengkajian pada tahap preoperatif meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan dan pengobatan, pengkajian psikososiospiritual, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.
- b. Fase intra operatif dimulai saat pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir di ruang pemulihan atau ruang pasca anestesi. Pada tahap ini pasien akan mengalami beberapa prosedur meliputi anestesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur tindakan invasif akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Pengkajian pada tahap ini lebih kompleks dan dilakukan secara cepat serta ringkas agar segera bisa dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Perawat berusaha untuk meminimalkan risiko cedera dan risiko infeksi yang merupakan efek samping dari pembedahan.
- c. Fase post operatif dimulai saat pasien masuk ke ruang pemulihan sampai pasien dalam kondisi sadar sepenuhnya untuk dibawa ke ruang rawat inap. Proses keperawatan pasca operatif akan dilaksanakan secara berkelanjutan baik di ruang pemulihan, ruang intensif, maupun ruang rawat inap. Pengkajian pada tahap ini meliputi pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologi, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri, gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit dan keamanan peralatan.

## 2. Konsep Herniotomi

### a. Pengertian Herniotomi

Herniotomi adalah tindakan membuka kantong hernia, memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Herniotomi dilakukan pada anak-anak dikarenakan penyebabnya adalah proses kongenital dimana prosesus vaginalis tidak menutup (Amrizal, 2015).

### b. Indikasi Herniotomi

Indikasi pembedahan menurut Sinurat (2017) adalah:

- 1) Penonjolan besar yang mengindikasikan peningkatan risiko hernia inkarserata atau hernia strangulata.
- 2) Nyeri hebat, yang merupakan respon masuknya penonjolan memenuhi kanal.

Pada hernia inkarserata dan hernia strangulate pembedahan mungkin diperlukan untuk menghilangkan bagian dari usus atau apabila kondisi hernia dengan intervensi reseksi usus. Reseksi usus dapat dilakukan secara laparaskopi.

### c. Tahap-Tahap Operasi Hernia

Menurut Hilmi (2016) tahap-tahap operasi hernia pada hernia inguinalis lateralis adalah herniotomi, herniorafi dan hernioplasti.

- 1) Herniotomi adalah tindakan membuka kantong hernia, memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Dilakukan insisi pada kulit sekitar 2-3cm diatas ligamentum inguinal, diperlebar kearah medial dan lateral, perdalam lapis demi lapis sampai fascia scarpa.
- 2) Herniorafi, setelah kantong hernia diidentifikasi, kemudian dilanjutkan dengan dilakukan duplikasi kantong hernia untuk memisahkan kantong proksimal dan distal. Setelah kantong dipisahkan, kantong proksimal diaproksimasikan ke muskulus obliquus eksternus.

- 3) Hernioplasti adalah tindakan memperkuat daerah defek, misalnya pada hernia inguinalis, tindakannya adalah mempersempit cincin inguinal interna dan memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis. Setelah kantong hernia diaproksimasikan, dilanjutkan dengan hernioplasti dengan menjahitkan tuberkulum pubikum ke conjoint tendon.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

Menurut Rosdahl & Kowalski (2017) penatalaksanaan asuhan keperawatan perioperatif meliputi:

### 1. Pengkajian

#### a. Pengkajian Pre Operatif

##### 1) Premedikasi

Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anastesi, kondisi yang diharapkan oleh anesthesiologis adalah pasien dalam kondisi tenang, hemodinamik stabil, post anastesi baik, anastesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan 1-2 jam sebelum anastesi.

##### 2) Tindakan Umum

- a) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
- b) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan untuk operasi yang menggunakan anastesi umum serta anastesi local dengan prosedur pembedahan yang melibatkan system pencernaan atau kandung kemih
- c) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan pembedah.
- d) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, fungsi pernapasan dan jantung
- e) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan USG.
- f) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat

### 3) Sesaat Sebelum Operasi

- a) Memeriksa pasien apakah sudah menggunakan identitasnya
- b) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah
- c) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien
- d) Melakukan pemeriksaan fisik
- e) Menyediakan stok darah pasien pada saat persiapan untuk pembedahan
- f) Pasien melepaskan semua pakaian sebelum menjalani pembedahan dan pasien menggunakan baju operasi
- g) Semua perhiasan, benda-benda berharga harus dilepas
- h) Membantu pasien berkemih sebelum pergi ke ruang operasi
- i) Membantu pasien untuk menggunakan topi operasi
- j) Memastikan semua catatan pre operasi sudah lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien

#### b. Pengkajian Intra Operatif

- 1) Pengkajian status psikologis, apabila pasien di anastesi lokal dan pasien dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi operasi
- 2) Mengkaji tanda-tanda vital bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah
- 3) Transfusi dan infuse, monitor cairan sudah habis atau belum

#### c. Pengkajian Post Operatif

- 1) Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anastesi dan bersih secara medis untuk

meninggalkan ruangan operasi. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SPO<sub>2</sub> rendah

- 2) Latihan tungkai (ROM), kemampuan gerak atau mobilisasi tubuh
- 3) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
- 4) Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambung dengan sistem drainase
- 5) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- 6) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial.

### a. Pre operatif

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

### b. Intra operatif

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan
- 2) Risiko hipotermia dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah, efek agen farmakologis

### c. Post operatif

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

- 2) Risiko hipotermia dibuktikan dengan terpapar suhu lingkungan rendah, efek agen farmakologis
- 3) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan
- 4) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis
- 5) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan luka post operasi
- 6) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

### 3. Rencana Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun (SIKI) (PPNI, 2018) rencana keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan Menurut SIKI 2018

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Pre Operatif Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis; TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis; suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Frekuensi pernapasan membaik 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	Reduksi Ansietas Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 1. Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 5. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 6. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 7. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
3.	Intra operatif Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Perdarahan tidak terjadi 2. Hemoglobin membaik 3. Hematokrit membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	Pencegahan Perdarahan Observasi 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)



		6. Suhu tubuh membaik	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>2. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>3. Gunakan kasur pencegah dikubitus</li> <li>4. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K</li> <li>6. Anjrnkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
4.	Risiko hipotermia dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah, efek agen farmakologis	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Pucat menurun</li> <li>3. Suhu tubuh membaik</li> <li>4. Pengisian kapiler membaik</li> <li>5. Tekanan darah dan ventilasi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Hipotermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis, terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus dan kekurangan lemak subkutan)</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis, hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, reflex menurun, hipotermia berat: oliguria, reflex menghilang, edema paru, asam basa abnormal)</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang hangat (mis, atur suhu ruangan, incubator)</li> <li>2. Ganti pakaian dan atau linen yang basah</li> <li>3. Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>4. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis, kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metoda kangguru)</li> </ol>

			<p>5. Lakukan oehngangatan aktif internal (mis, infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makan/minum hangat</li> </ol>
5.	<p>Post operatif</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis; TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis; suhu, ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
6.	<p>Risiko hipotermia</p> <p>dibuktikan dengan terpapar suhu lingkungan rendah, efek agen farmakologis</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Pucat menurun</li> <li>3. Suhu tubuh membaik</li> <li>4. Pengisian kapiler membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Hipotermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis, terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus dan kekurangan lemak subkutan)</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis, hipotermia)</li> </ol>

		5. Tekanan darah dan ventilasi membaik	<p>sedang: aritmia, hipotensi, apatis, reflex menurun, hipotermia berat: oliguria, reflex menghilang, edema paru, asam basa abnormal)</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang hangat (mis, atur suhu ruangan, incubator)</li> <li>2. Ganti pakaian dan atau linen yang basah</li> <li>3. Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>4. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis, kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metoda kangguru)</li> <li>5. Lakukan oenghangatan aktif internal (mis, infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan makan/minum hangat</li> </ol>
7.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan tidak terjadi</li> <li>2. Hemoglobin membaik</li> <li>3. Hematokrit membaik</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> <li>6. Suhu tubuh membaik</li> </ol>	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor nilai hematokrit/ homoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>4. Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>2. Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>3. Gunakan kasur pencegah dikubitus</li> <li>4. Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>4. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan makan dan vitamin K</li> </ol>

			<p>6. Anjatkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
8.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Dyspnea menurun</li> <li>4. Frekuensi nafas membaik</li> <li>5. Pola nafas membaik</li> </ol>	<p>Latihan Batuk Efektif</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan batuk</li> <li>2. Monitor adanya retensi sputum</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas</li> <li>4. Monitor input dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi semifowler atau fowler</li> <li>2. Pasang pernak dan bengkok</li> <li>3. Buang sekret pada tempat sputum</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif</li> <li>2. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian dikeluarkan dari mulut dengan bibir mencucur</li> <li>3. Anjurkan mengulangi tarik nafas dalam selama 3 kali</li> <li>4. Anjurkan batuk yang kuat langsung setelah tarik nafas dalam.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu</li> </ol>
9.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan luka post operasi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> </ol>	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan sesuai dengan diet yang dianjurkan (karbohidrat 45-65%, lemak 20-50%, protein 10%)</li> <li>3. Monitor gula darah</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu</li> </ol>
10	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Bengkak menurun</li> <li>4. Demam menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area oedema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi koping.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

Tabel 2. 2 Tujuan dan Kriteria Hasil Menurut SLKI 2018

Diagnosa	Ekspetsi	Kriteria Hasil
Nyeri akut	Menurun	1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik
Ansietas	Menurun	1. Verbalisasi khawatir menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Frekuensi pernapasan membaik 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik
Risiko perdarahan	Menurun	1. Perdarahan tidak terjadi 2. Hemoglobin membaik 3. Hematokrit membaik 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Suhu tubuh membaik
Risiko hipotermia	Membaik	1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik

		4. Pengisian kapiler membaik 5. Tekanan darah dan ventilasi membaik
--	--	--

### C. Tinjauan Konsep Penyakit

#### 1. Pengertian

Hernia adalah merupakan dimana keadaan keluarnya suatu organ yang tidak bisa kembali ke tempat semula secara manual atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu defek pada area inguinal dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan mengembalikan struktur organ tersebut secara pembedahan dengan menutup defek di inguinal (Manulu, et al., 2021).

Menurut Amrizal (2015) hernia inguinalis adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Materi yang masuk lebih sering adalah usus halus, tetapi bias juga merupakan suatu jaringan lemak atau omentum.

Hernia inguinalis lateralis adalah suatu penonjolan didinng perut yang terjadi pada daerah inguinal yaitu disebelah lateral pembuluh epigastrika inferior, hernia inguinalis lateralis terjadi karena biasanya disebabkan oleh anomali kongenital atau karena sebab yang didapat. Hernia inguinalis lateralis biasanya timbul pada waktu mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat dan menghilang waktu istirahat disaat berbaring (Ghozali & Damara, 2019).

#### 2. Klasifikasi

Menurut Amrizal (2015) klasifikasi hernia inguinalis dibagi menjadi:

##### a. Hernia inguinalis indirek

Hernia inguinalis indirek disebut juga hernia inguinalis lateralis, diduga mempunyai penyebab kongenital. Kantong hernia merupakan sisa prosesus vaginalis peritonei sebuah kantong peritoneum yang menonjol keluar, yang pada janin berperan dalam pembentukan kanalis inguinalis. Oleh karena itu kantong hernia masuk kedalam kanalis inguinalis melalui anulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika

inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. Lateral dari arteria dan vena epigastrika inferior. Hernia ini lebih sering dijumpai pada sisi kanan.

b. Hernia inguinalis indirek

Hernia inguinalis direk disebut juga hernia inguinalis medialis. Hernia ini melalui dinding inguinal posteromedial dari vasa epigastrika inferior di daerah yang dibatasi segitiga Hasselbach. Hernia inguinalis direk jarang pada perempuan, dan sebagian bersifat bilateral. Hernia ini merupakan penyakit pada laki-laki lanjut usia dengan kelemahan otot dinding abdomen.

3. Etiologi

Hernia abdominal cenderung terjadi pada kelemahan struktural yang didapat atau kongenital atau trauma pada dinding abdominal, yang terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen akibat dari mengangkat benda berat, obesitas, kehamilan, mengejan, batuk, atau kedekatannya dengan tumor. Bila faktor ini ada bersama dengan kelemahan otot individu akan mengalami hernia. Bila isi kantong hernia dapat dipindahkan ke rongga abdomen dengan manipulasi, hernia disebut redusibel. Hernia ireduksibel dan inkarserata adalah istilah yang menunjukkan hernia yang tidak dapat dipindahkan atau dikurangi dengan manipulasi (Diyono & Mulyanti, 2016).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Diyono dan Mulyanti (2016) tanda dan gejala dari hernia adalah sebagai berikut:

a. Hernia Inguinalis

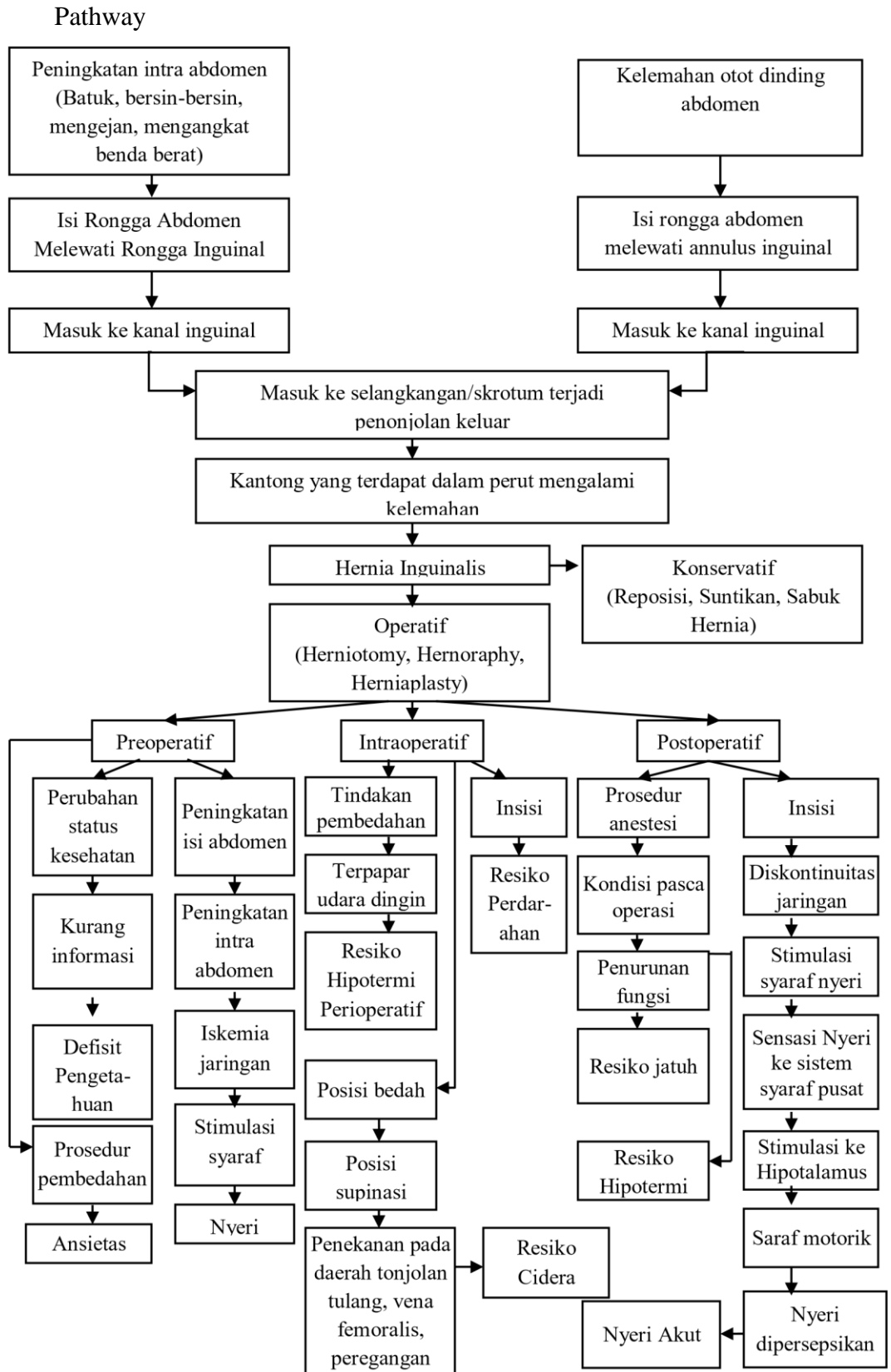
- 1) Umumnya terjadi pada pria.
- 2) Insiden tinggi pada bayi dan anak kecil.
- 3) Dapat menjadi sangat besar, terdapat benjolan di selangkangan.
- 4) Sering turun ke skrotum disebut turun berok, burut, kelingsir.
- 5) Pasien mengeluh nyeri tekan.
- 6) Hernianya tegang dan tidak direduksi.



- 7) Terdapat gambaran hipovolemi.
- b. Hernia Femoralis
    - 1) Umumnya terjadi pada wanita.
    - 2) Terdapat di kanalis femoralis.
    - 3) Membesar secara bertahap.
    - 4) Biasanya kandung kemih masuk dalam kantung.
    - 5) Benjolan pada lipat paha.
  - c. Hernia Umbilikalisis
    - 1) Sering terjadi pada bayi prematur.
    - 2) Terdapat penonjolan isi rongga perut.
    - 3) Umumnya tidak menimbulkan nyeri.
    - 4) Jarang terjadi inkaserasi.
  - d. Hernia lain
    - 1) Terdapat penonjolan jaringan peritoneum.
    - 2) Sering mengeluh nyeri perut.
    - 3) Tukak peptik.
5. Patofisiologi

Hernia Inguinalis Lateralis (Indirekta) sebagian besar ada fakta kongenital dengan adanya penonjolan dari prosesus vaginalis peritonei. Hernia Inguinalis Medialis (Direkta) dan hernia femoralis dapat dikatakan hernia yang didapat (acquisita). Semua keadaan yang menyebabkan kenaikan tekanan intra-abdomen seperti kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat benda berat, mengejan pada saat defekasi, dan mengejan pada saat miksi, misalnya akibat hipertrofi prostat dapat menjadi pencetus timbulnya hernia. Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritoneum ke daerah skrotum, sehingga terjadi penonjolan peritoneum ke daerah skrotum disebut dengan prosesus vaginalis peritonei.

Pada bayi baru lahir, umumnya proses ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Namun dalam beberapa hal sering kali kanalis ini tidak menutup, karena testis turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanalis lebih sering terbuka, maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup, namun karena merupakan lokus introabdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita. Keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra-abdominal adalah kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat benda berat, mengejan pada saat miksi, misalnya akibat hipertropi prostat (Diyono & Mulyanti, 2016).



Gambar 2. 1 Pathway Hernia

## 6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Manulu, et al (2021) pemeriksaan penunjang hernia adalah:

- a. Sinar-x spinal untuk mengetahui abnormalitas tulang.
- b. Tomografi komputerisasi atau MRI untuk mengidentifikasi diskus yang terherniasi. Merupakan pemeriksaan non-invasif, dapat memberikan gambaran secara seksional pada lapisan melintang dan longitudinal.
- c. Flektromiografi untuk melokalisasi keterlibatan saraf-saraf spinal.
- d. Mielogram: mungkin normal atau memperlihatkan penyempitan dari ruang diskus, menentukan lokasi dan ukuran herniasi secara spesifik.
- e. Foto polos posisi AP dan lateral dari vertebra lumbal dan panggul (sendi sakroiliaka). Foto polos bertujuan untuk melihat adanya penyempitan diskus, penyakit degeneratif, kelainan bawaan, dan vertebra yang tidak stabil.
- f. Foto rontgen dengan memalui zat kontras terutama pada pemeriksaan miolegrafi radikuografi, diskografi, serta kadang-kadang diperlukan venografi spinal.
- g. Scanning tulang dilakukan dengan menggunakan bahan radioisotop (SR dan F). Pemeriksaan ini terutama untuk menyingkirkan kemungkinan penyakit paget.
- h. Venogram epidural: dapat dilakukan pada kasus di mana keakuratan dari miogram terbatas.
- i. Pungsi lumbal: mengesampingkan kondisi yang berhubungan, infeksi, adanya darah.
- j. Pemeriksaan Ultrasonografi, dapat membantu dalam penilaian pasien tertentu.
- k. Ultrasonografi untuk membedakan antara hidrokela dan hernia inguinalis. Ultrasonografi mampu menemukan kantung berisi cairan di dalam skrotum, yang akan adekuat dengan diagnosis hidrokela.

1. Laparoscopi adalah metode yang sangat efektif untuk menentukan adanya hernia inguinalis tetapi hanya digunakan selektif karena memerlukan anestesi dan pembedahan. Laparoscopi dapat berguna untuk menilai sisi yang berlawanan atau untuk mengevaluasi keberadaan hernia inguinalis berulang pada pasien dengan riwayat perbaikan operasi.

#### 7. Penatalaksanaan

Perbaikan hernia dilakukan dengan menggunakan insisi kecil secara langsung di atas area yang lemah. Usus ini kemudian dikembalikan ke rongga perineal, kantung hernia dibuang dan otot ditutup dengan kancing di atas area tersebut. Hernia di region inguinal biasanya diperbaiki hernia saat ini dilakukan sebagai prosedur rawat jalan (Diyono & Mulyanti, 2016).

Beberapa perbaikan sulit dilakukan karena adanya insufisiensi masa otot untuk mempertahankan usus di tempatnya. Pada kasus ini graf mata jala tembaga (steel mesh) digunakan untuk menguatkan area herniasi. Klien dengan kesulitan perbaikan biasanya dirawat di rumah sakit 1-2 hari untuk mendapatkan antibiotik profilaksis (Diyono & Mulyanti, 2016).

#### **D. Jurnal Terkait**

1. Studi kasus Dyah Hanum Pertiwi, Siti Muniroh dan Nurul Khoirun Nisa (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien Hernia Inguinalis Di Paviliun Mawar Rsud Jombang” disimpulkan pada kasus hernia inguinalis diagnosa yang sering didapatkan adalah Nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi, ansietas, gangguan pola tidur, gangguan citra tubuh, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit dan risiko infeksi. Diagnosa keperawatan pada kasus hernia inguinalis yang ada pada teori tidak semuanya dapat ditemukan pada kasus nyata tergantung pada kondisi klien.
2. Studi kasus Indah Kartika Sari (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Kasus Post Op Hernia Inguinalis

Masalah Keperawatan Ansietas Di Ruang Dahlia Rsu Dr. H. Koesnadi Bondowoso” disimpulkan diagnosis keperawatan Ansietas yang berhubungan dengan Stress Situasional yang ditandai dengan Pasien tampak gelisah, Pasien tampak tegang, TTV, TD: 125/90 mmHg, Suhu: 38,0°C, N: 90 x/mnt, RR: 19x/mnt. Dimana hasil evaluasinnya pasien mengatakan sudah tidak merasakan cemas dengan kondisi yang dialaminya saat ini, Pasien sudah tidak tampak tegang dan mulai tenang, tidak tampak gelisah dan bingung.

3. Penelitian Agung Octa Nihando Rokawie, Sulastri, Anita (2017) dengan judul “Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen” disimpulkan rata-rata skor indeks kecemasan pasien pre operasi bedah abdomen sebelum dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan hasil mean 54,59 yang artinya rata-rata pasien pre operasi bedah abdomen dikategorikan kecemasan sedang, rata-rata skor indeks kecemasan pasien pre operasi bedah abdomen setelah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam didapatkan hasil mean 49,56 yang artinya rata-rata pasien pre operasi bedah abdomen dikategorikan kecemasan ringan, ada perbedaan rata-rata skor indeks kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien pre operasi bedah abdomen, dengan  $p\text{-value } (0,000) < \alpha (0.05)$ .
4. Penelitian Ikhwan Hadi (2014) dengan judul “Pengaruh Doa Terhadap Respons Nyeri Pasien Hernia Dan Appendic Pada Fase Pre Anestesi Di Kamar Operasi RSUD Bangka Tengah” disimpulkan ada pengaruh doa terhadap respons nyeri pasien hernia dan appendic pada fase pre anestesi di kamar operasi RSUD Bangka Tengah ( $p=0,000$ ). Semakin sering berdoa maka rasa nyeri yang dirasakan sebelum pemberian anestesi akan semakin ringan.
5. Penelitian Muhmmad Tahir, Mimik Angreani (2017) dengan judul “Pengaruh Dzikir Terhadap Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi” disimpulkan bahwa setelah melakukan uji analisis non parametrik dengan uji Wilcoxon terhadap nilai rerata pre dan rerata post di

dapatkan hasil  $p (0,000)$  dengan tingkat kemaknaan  $p < \alpha (0,005)$  yang di mana  $0,000 < 0,006$ , maka dari itu dapat di simpulkan bahwa adanya pengaruh dzikir terhadap kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng rappang Tahun 2017 yang berarti  $H_a$  di terima dan  $H_o$  di tolak.

6. Studi kasus Nofa Safitri (2021) dengan judul “Asuhan Keperawatan perioperatif pada pasien hernia inguinalis dengan tindakan operasi herniotomy di ruang operasi RS Alimudin Umar Liwa Tahun 2021” disimpulkan diagnosis keperawatan yang muncul pada pre operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) dan ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Diagnosa intra operasi yang ditemukan yaitu risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Diagnosis yang diangkat post operasi adalah risiko hipotermi berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah.
7. Penelitian Nur Akbar Fauzi, Santun Bhukti Rahimah, dan Arief Budi Yulianti (2015) dengan Judul “Gambaran Kejadian Menggigil (*Shivering*) Pada Pasien Dengan Tindakan Operasi Yang Menggunakan Anastesi Spinal di RSUD Karawang Periode Juni 2014” disimpulkan berdasarkan jenis operasi yang dilakukan gambaran kejadian menggigil yang didapatkan pada penelitian ini adalah sistoscopy 10,52%, section caesaria 26,31%, hernia 21,05%, amputasi 10,52%, apendiks 10,52%, dan laparotomy 21,05%.
8. Penelitian I Made Suindrayasa (2017) dengan judul “Efektifitas Penggunaan Selimut Hangat Terhadap Perubahan Suhu Pada Pasien Hipotermia Post Operasi Di Ruang ICU RSUD Buleleng” disimpulkan ada perbedaan suhu pada pasien hipotermia post operasi antara sebelum dengan setelah diberikan penghangat dengan selimut. Hal ini menunjukkan bahwa ada perubahan suhu pada pasien hipotermia post operasi setelah diberikan penghangat dengan selimut. Penggunaan selimut ini membantu mengurangi pengeluaran panas dengan mempertahankan panas secara konduksi.

9. Studi kasus Dini Agustin Fatmawati (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Pre Dan Post Op Hernia Inguinalis Lateralis (HIL) Di Ruang Mawar RSUD Balung Kabupaten Jember” disimpulkan diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn.A terbagi menjadi dua yaitu diagnosis pre operasi dan diagnosis post operasi. Untuk diagnosis pre operasi yaitu Ansietas berhubungan dengan stresor ditandai dengan tekanan darah 170/90 mmHg. Sedangkan diagnosis post operasi yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan luka post operasi, Risiko infeksi berhubungan dengan gangguan integritas kulit.
10. Studi kasus Iklila Nevi Primastuti, Bambang Sarwono dan Dwi Ari Murti Widigdo (2018) dengan judul “Asuhan Keperawatan Post Herniotomi Pada Tn.A dan Tn.N Dengan Fokus Studi Nyeri Di Rumah Sakit Umum Daerah Tidar Kota Magelang” disimpulkan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur pembedahan), dengan hasil evaluasi menunjukkan adanya peningkatan kesehatan klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur pembedahan) teratasi.