

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

Menurut Muttaqin & Kumala (2009), terdapat tiga fase perioperatif yaitu fase pra operatif, fase intraoperatif, dan fase post operatif.

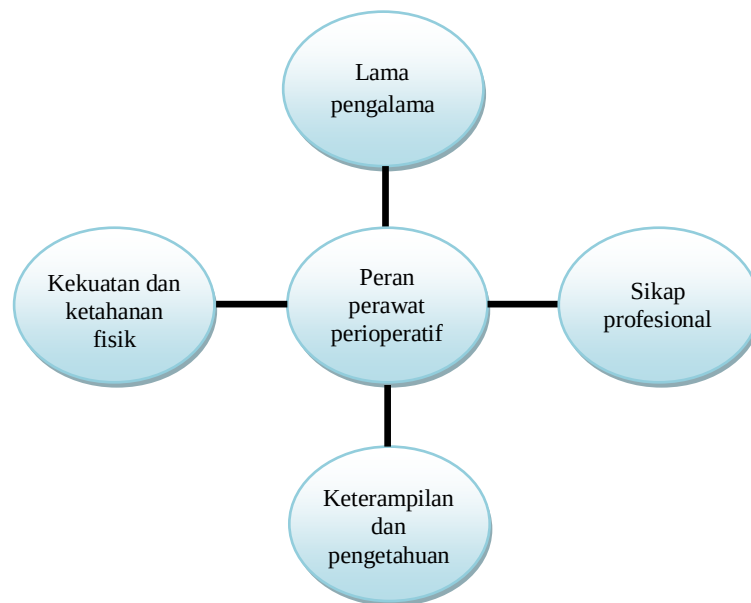
- a. Fase pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan sampai berakhir di meja operasi. Pada tahap ini akan dilakukan pengkajian secara umum untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien, sehingga intervensi yang dilakukan perawat sesuai. Pengkajian pada tahap preoperatif meliputi pengkajian 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 anastesi. Pada tahap ini pasien akan mengalami beberapa prosedur meliputi anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen asepsis 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. Manajemen Keperawatan Perioperatif

a. Peran perawat di kamar operasi

Peran perawat perioperatif dipengaruhi oleh beberapa factor, yaitu :



Gambar 2.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peran Perawat Perioperatif
(Muttaqin & Sari, 2009)

b. Peran perawat administratif

Perawat administrative berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Biasanya terdiri dari perencanaan dan pengaturan staff, kolaborasi penjadwalan pasien bedah, perencanaan manajemen material dan manajemen kinerja (Muttaqin & Sari, 2009)

c. Peran perawat instrument

Perawat *Scrub* atau yang dikenal dengan perawat instrument memiliki tanggung jawab manajemen instrument operasi pada setiap jenis pembedahan. Peran dan tanggung jawab perawat instrument yaitu:

- 1) Menjaga kelengkapan alat instrument steril sesuai dengan jenis operasinya
 - 2) Selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrument kepada ahli bedah
 - 3) Harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan
 - 4) Melaksanakan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrument operasi
 - 5) Mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan
 - 6) Dalam menangani instrument, perawat instrument harus mengawasi semua keamanan yang terkait
 - 7) Memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaian
 - 8) Bertanggung jawab dalam mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik selama pembedahan.
 - 9) Menghitung kasa, jarum, benang, dan instrument sebelum dan sesudah operasi
- (Muttaqqin & Sari, 2009).

d. Peran perawat ruang pemulihan

Peran perawat ruang pemulihan adalah menjaga kondisi pasien sampai sadar penuh supaya bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap. Tanggung jawab perawat ruang pemulihan sangat banyak karena kondisi pasien dapat memperburuk dengan cepat pada fase ini. Dengan demikian, perawat yang bekerja di ruang ini harus siap dan mampu mengatasi setiap keadaan darurat (Muttaqqin & Sari, 2009).

e. Manajemen lingkungan bedah

Merupakan suatu prosedur penatalaksanaan pekerjaan yang menunjang kegiatan dalam kamar operasi dan perlu diperhatikan oleh perawat perioperatif. Hal-hal yang mempengaruhi lingkungan bedah yaitu : manajemen sepsis, manajemen sterilisasi dan desinfeksi instrument, manajemen keamanan, pengendalian

lingkungan dan konsep manajemen alat bedah listrik dan laser (ESU) (Muttaqin & Sari, 2009).

f. Manajemen posisi bedah

Manajemen pemberian posisi bedah bertujuan untuk menghasilkan area pembedahan yang optimal, meningkatkan keamanan, menurunkan resiko cedera, serta memudahkan akses dalam pemberian cairan intravena, obat dan bahan anestesi. Hasil yang diharapkan dari manajemen pemberian posisi adalah tercapainya kondisi fisiologis dan terhindar dari cidra (Muttaqin & Sari, 2009)

g. Manajemen hemostatis

Hemostatis yang adekuat merupakan fondasi dari tindakan operasi. Apabila pasien mengidap gangguan mekanisme pembekuan, maka ahli bedah harus memiliki pengetahuan yang cukup mengenai hemostatis, sifat cedera yang terjadi, dan pengobatan yang (Muttaqin & Sari, 2009).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Periode perioperatif menurut Muttaqin & Sari (2009) yaitu periode sebelum pembedahan atau periode praoperatif, periode selama prosedur pembedahan atau periode intraoperative, dan periode setelah pembedahan atau periode pascaoperatif.

1. Pengkajian

Pre Operatif

Hal yang perlu di kaji pada penderita hernia inguinalis adalah memiliki riwayat pekerjaan mengangkat beban berat, duduk yang terlalu lama, terdapat benjolan pada bagian yang sakit, nyeri tekan, klien merasa tidak nyaman karena nyeri pada abdomen (Dermawan & Rahayuningsih, 2010 dalam Aristia, 2020)

- a. Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu maupun pemeriksaan head to toe.
- b. Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.

- c. Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung atau tidak, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- d. Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur dan berubah secara tiba-tiba di kamar operasi.
- e. Sistem gastrointestinal
 - 1) Inspeksi: perhatikan ada tidaknya benjolan, awasi tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, berubah bentuk).
 - 2) Auskultasi: Bising usus jumlahnya melebihi batas normal >12 karena ada mual dan pasien tidak nafsu makan
 - 3) Perkusi: Kembang pada daerah perut, terjadi distensi abdomen.
 - 4) Palpasi: Turgor kulit elastis, palpasi daerah benjolan biasanya terdapat nyeri.
- f. Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi atau tidak.
- g. Sistem saraf, bagaimana kesadaran pasien.
- h. Premedikasi
- i. Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anastesi, kondisi yang diharapkan oleh anesthesiologis adalah pasien dalam kondisi tenang, hempdinamik stabil, post anastesi baik, anastesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan beberapa jam sebelum anastesi 1-2 jam.
- j. Tindakan Umum
 - 1) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
 - 2) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan
 - 3) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan bedah

- 4) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernapasan dan jantung
- 5) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan rontgen dada
- 6) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat

k. Sesaat Sebelum Operasi

- 1) Memeriksa pasien apakah sudah menggunakan identitasnya
- 2) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernapasan, tekanan darah
- 3) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Melakukan pemeriksaan fisik
- 5) Menyediakan stok darah pasien pada saat persiapan untuk pembedahan
- 6) Pasien melepaskan semua pakaian sebelum menjalani pembedahan dan pasien menggunakan baju operasi
- 7) Semua perhiasan, benda-benda berharga harus dilepas
- 8) Membantu pasien berkemih sebelum pergi ke ruang operasi
- 9) Membantu pasien untuk menggunakan topi operasi
- 10) Memastikan semua catatan pre operasi sudah lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien

Intra Operatif

- 1) Pengkajian status psikologis, apabila pasien di anastesi lokal dan pasien dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya 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 flabot sudah habis atau belum

Post Operatif

Pengkajian pasca bedah herniotomi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada di atas brankar, perawat mengkaji dan melakukan intervensi tentang kondisi jalan nafas, tingkat kesadaran, status vaskuler, sirkulasi, perdarahan, suhu tubuh dan saturasi oksigen. Posisi kepala pada saat pemindahan sangat penting dilakukan untuk menjaga kepatenan jalan nafas.

Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien fokus pengkajian meliputi : pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologis, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri, gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit, psikologi dan keamanan peralatan.

b. Diagnosis Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial.

Pre operatif

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 2) Nyeri berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (proses inflamasi)
- 3) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Intra operatif

- 1) Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan

- 2) Resiko cedera ditandai dengan perubahan sensasi (pengaturan posisi bedah dan trauma prosedur pembedahan).

Post operatif

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- 2) Risiko hipotermi perioperatif d.d tindakan pembedahan
- 3) Risiko jatuh d.d efek agen farmakologis

c. Rencana Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun (SIKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018), 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 b.d agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Frekuensi nadi membaik c. Meringis menurun d. Gelisah menurun e. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	Managemen Nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat) Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2.	Ansietas b.d situasional	krisis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi kebingungan menurun b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c. Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas Observasi a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stresor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan g. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang Edukasi a. Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif e. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan f. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat g. Latih teknik relaksasi Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>
----	--------------------------	--------	--	---

3.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun c. Perilaku membaik	Edukasi Kesehatan Observasi : a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Teraupetik : a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : a. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan b. Ajarkan perilaku hidup dan sehat c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
4.	Intra Operatif Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil : a. Tidak ada tanda-tanda perdarahan	Pencegahan Perdarahan Observasi d. Monitor tanda dan gejala perdarahan e. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah f. Monitor tanda-tanda vital ortostatik g. Monitor koagulasi Terapeutik a. Pertahankan bedrest selama perdarahan b. Batasi tindakan invasif, <i>jika perlu</i> c. Gunakan kasur pencegah dekubitus d. Hindari pengukuran suhu rektal Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan b. Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi d. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan e. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K f. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

			Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, <i>jika perlu</i> b. Kolaborasi pemberian produk darah, <i>jika perlu</i> c. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
5.	Risiko cedera ditandai dengan perubahan sensasi (tindakan pembedahan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil : a. Kejadian cedera menurun b. Luka/cet menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan Observasi a. Identifikasi kebutuhan keselamatan b. Monitor perubahan status keselamatan pasien Terapeutik a. Hilangkan bahaya keselamatan, jika memungkinkan b. Modifikasi lingkungan dengan meminimalkan resiko c. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) d. Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pengunci bed)
6.	Post Operatif Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : d. Keluhan nyeri menurun e. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat	Manajemen Nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat) Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
7.	Risiko hipotermia perioperatif ditandai dengan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko hipotermia tidak terjadi dan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen hipotermi Observasi a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia

		a. Tidak ada tanda-tanda hipotermia b. Menggigil menurun c. Pucat membaik d. Suhu tubuh membaik	c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang hangat b. Ganti pakaian atau linen yang basah c. Lakukan penghangatan pasif (selimut, baju hangat, topi atau penutup kepala) d. Lakukan penghangatan aktif eksternal (kompres hangat, botol hangat, metode kangguru) e. Lakukan penghangatan aktif internal (infuse cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat) Edukasi a. Anjurkan makan/minum hangat
8.	Resiko jatuh ditandai dengan kondisi pasca operasi	Selah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan criteria hasil : a. Tidak ada kejadian jatuh	Pencegahan jatuh Observasi : a. Identifikasi faktor resiko jatuh b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh c. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala d. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya Terapeutik : a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c. Pasang handrall tempat tidur d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station Edukasi : a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan

2. 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, 2011). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.

3. 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, 2010). 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, 2008).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Hernia

Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui bagian lemah dari lapisan musculo-aponeurotic dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong, dan isi hernia (Sjamsuhidajat, 2011).

Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia didapat atau akuisita. Berdasarkan letaknya, hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinal, umbilikal, femoralis, dll (Syamsuhidajat, 2011).

Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup (Jitiwoyono & Kristiyanasari, 2010).

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Faktor yang dipandang berperan dalam terjadinya hernia inguinalis adalah prosesus vaginalis yang terbuka, peninggian tekanan intraabdomen, dan kelemahan otot dinding perut karena usia (Sjamsuhidayat & Jong, 2005).

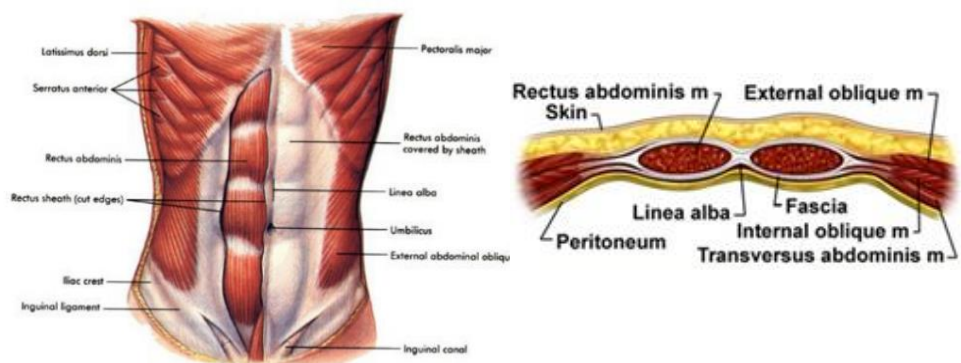
2. Epidemiologi

Hernia inguinalis merupakan hernia yang mempunyai angka kejadian yang paling tinggi. Sekitar 75% hernia terjadi di regio inguinalis, 50% merupakan hernia inguinalis indirek dan 25% adalah hernia inguinal direk. Hernia inguinalis lateralis merupakan hernia yang paling sering ditemukan yaitu sekitar 50%, sedangkan hernia inguinal medialis 25% dan hernia femoralis sekitar 15%. Populasi dewasa dari 15% yang menderita hernia inguinal, 5-8% pada rentang usia 25-40 tahun dan mencapai 45% pada usia 75 tahun. Hernia inguinalis dijumpai 25 kali lebih banyak pada laki-laki dibanding perempuan. Pertambahan usia berbanding lurus dengan tingkat kejadian hernia (Astuti, M. F., 2017 dalam Aristia, 2020)

3. Anatomi

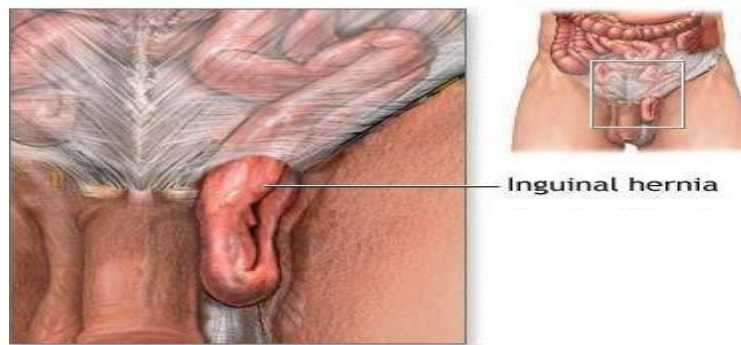
Dinding perut memiliki struktur musculo-apooneurosis yang kompleks. Dinding perut terdiri dari berbagai lapis, yaitu dari luar ke dalam, lapisan kulit yang terdiri dari kutis dan subkutis, lemak subkutan dan fascia superfisial (fascia Scarpa), kemudian terdapat 3

lapisan otot dinding perut yaitu musculus obliquus abdominis externus, musculus obliquus abdominis externus, musculus transversus abdominis, dan akhirnya lapisan preperitoneum dan peritoneum, yaitu fascia transversalis, lemak preperitoneal, dan peritoneum. Otot di bagian depan tengah terdiri dari sepasang otot rectus abdominis dengan fasianya yang di garis tengah dipisahkan oleh linea alba (Sjamsuhidajat, 2011).



Gambar 2.2 Lapisan dinding abdomen

Hernia inguinalis secara anatomis terbagi menjadi 2 bagian, yaitu hernia direk dan indirek. Dimana hernia direk melewati defek Trigonum Hesselbach yang berbatasan pada sisi medial dengan lateral dari musculus rectus abdominis dan sisi lateral berbatasan dengan vasa epigastrika dan sisi inferior pada ligamentum Poupart. Sedangkan hernia indirek melalui lokus minoris dari anulus internus dimana melewati kanalis inguinalis dan keluar melalui anulus eksternus, kanalis tersebut dilewati oleh funikulus spermatikus dan kantong hernia. Pendapat lain juga mengatakan bahwa hernia inguinalis indirek ini juga disebabkan oleh karena kegagalan penutupan dari prosesus vaginalis pada masa fetus (Javid dan Brooks, 2007 dalam M Y Hilmi, 2016).



Gambar 2.3 Hernia Inguinalis
Sumber : Muttaqin & Sari, 2011

4. Klasifikasi

d. Berdasarkan letaknya, hernia terdiri dari:

a. Hernia Hiatal

kondisi dimana kerongkongan (pipa tanggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (thoraks).

b. Hernia Epigastrik

Terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terjadi dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk dibagian dinding perut yang relative lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.

c. Hernia Umbilikal

Berkembang didalam dan sekitar umbilicus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran dan tidak menutup sepenuhnya. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), hernia jenis ini biasanya menutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.

d. Hernia Inguinalis

Hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika

dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Ciri hernia ini ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling sering kita temui. Menurut patogenesisnya hernia ini dibagi menjadi dua, yaitu *hernia inguinalis lateralis* (HIL) dan *hernia inguinalis medialis* (HIM). Ada juga yang membagi menjadi *hernia inguinalis direk* dan *hernia inguinalis indirek*.

Hernia inguinalis lateralis timbul karena adanya kelemahan anulus intenus sehingga organ-organ dalam rongga perut (omentum, usus) masuk ke dalam kanalis inguinalis dan menimbulkan benjolan di lipat paha sampai skrotum. Sedangkan hernia inguinalis medialis timbul karena adanya kelemahan dinding perut karena suatu sebab tertentu. Biasanya terjadi pada *segitiga hasselbach*. Secara anatomis intra operatif antara HIL dan HIM dipisahkan oleh vasa epigastrika inferior. HIL terletak di atas vasa epigastrika inferior sedang HIM terletak di bawahnya.

e. Hernia Femoralis

Muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.

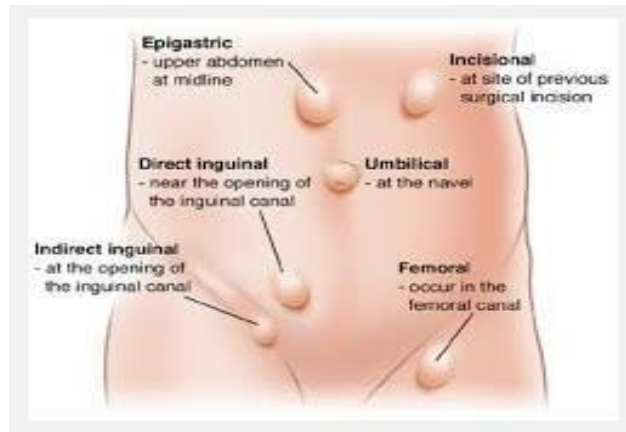
f. Hernia Insisional

Dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan disekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.

g. Hernia Nukleus Pulposi (HNP)

Hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap goncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas

tulang belakang. HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.



Gambar 2.4 Letak Hernia
Sumber : Suratun dan Lusianah, 2010

b. Berdasarkan terjadinya, hernia terbagi atas :

a. Hernia Bawaan (Kongenital)

Patogenesis pada jenis hernia inguinalis lateralis (indirek) : 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 yang disebut dengan prosesus vaginalisperitonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanal tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis congenital. Pada orang tua kanalis tersebut sudah tertutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan

intra-abdomen meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

b. Hernia Dapatan atau Akuisita

Acquisitus = didapat, yaitu hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.

c. Menurut sifatnya, hernia dapat disebut :

a. Hernia reponibel/reducible

Bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mendedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.

b. Hernia ireponibel

Bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (accretes = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.

c. Hernia strangulate atau inkarserata (incarceration = terperangkap, carcer + penjara), yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berisi isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis “hernia inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai “hernia strangulate”. Hernia strangulate mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

5. Etiologi

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Kongenital
- b. Obesitas
- c. Ibu hamil
- d. Mengejan
- e. Peningkatan berat badan

Menurut Hermawan (2014) penyebab hernia inguinalis adalah sebagai berikut:

- a. Kelemahan otot dinding abdomen
 - 1) Kelemahan jaringan
 - 2) Adanya daerah yang luas di ligamen inguinal
 - 3) Trauma
- b. Peningkatan tekanan intra abdominal.
 - 1) Obesitas
 - 2) Mengangkat benda berat
 - 3) Konstipasi – mengejan
 - 4) Kehamilan
 - 5) Batuk kronik
 - 6) Hipertropi prostat
- c. Faktor resiko: kelainan congenital

6. Patofisiologi/Pathways

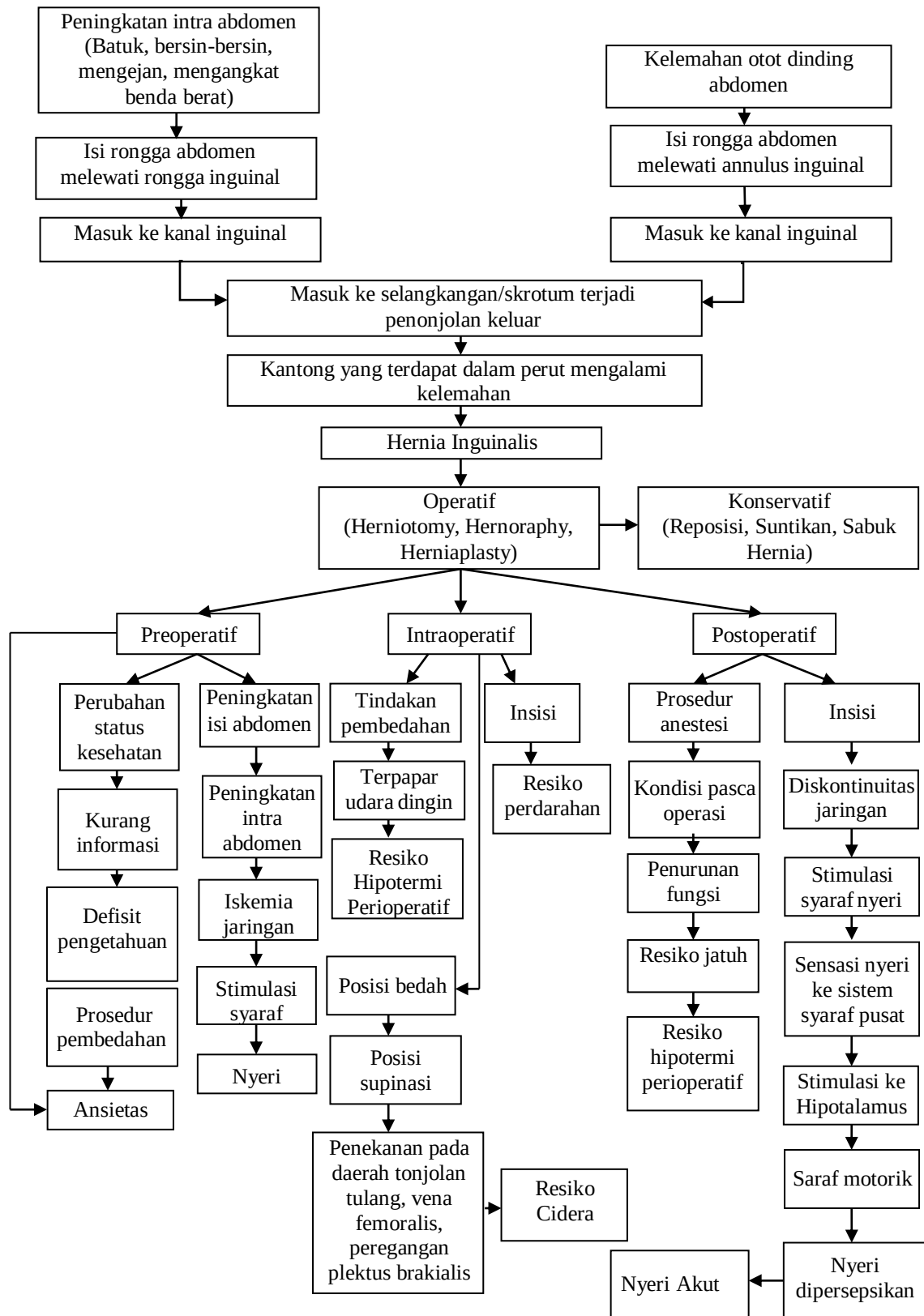
Terjadinya hernia disebabkan oleh dua faktor utama, yang pertama adalah faktor kongenital yaitu kegagalan penutupan prosesus vaginalis pada waktu kehamilan. Umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi pada bayi yang sudah lahir. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini tidak menutup karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka dalam keadaan normal. Kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan. Bila kanalis tidak mengalami obliterasi atau menutup maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital.

Faktor yang kedua adalah faktor yang didapat seperti hamil, batuk kronis, pekerjaan mengangkat benda berat dan faktor usia. Riwayat pembedahan abdomen, kegemukan, merupakan faktor lain yang dapat

menyebabkan terjadinya hernia. Masuknya isi rongga perut melalui kanal inguinalis, jika cukup parah maka akan menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut tonjolan akan sampai ke skrotum.

Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan *locus minoris resistance*, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Potensial komplikasi terjadi pelengketan antara inti hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarserata dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses local, peritonitis (Jitiwoyono & Kristiyanasari, 2010)



Gambar 2.5 Pathway Hernia
Sumber: Modifikasi dari Amin Huda &Hardhi Kusuma, 2016; Adhyatma, 2018

7. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala terjadinya hernia adalah sebagai berikut:

1. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipatan paha.
2. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
3. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
4. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
5. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kemih sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
6. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai dengan sesak napas.
7. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

(Huda, Amin & Kusuma, 2016 dalam Aristia, 2020).

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hernia inguinalis menurut Nurarif (2015) antara lain :

- a. Sinar X abdomen menunjukkan adanya abnormalitas kadar gas dalam usus/obstruksi usus
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan elektrolit.

Pengkajian diagnostik menurut Muttaqin & Sari (2009) adalah :

- a. Data laboratorium penting yang perlu diperiksa adalah hemoglobin, leukosit, LED, kalium, natrium, albumin, bilirubin, hitung darah lengkap, dan gas darah arteri. Kadar albumin dibawah

3g dapat mengganggu proses penyembuhan luka.

- b. Pemeriksaan EKG dan foto thoraks pada pasien lebih dari 40 tahun dilakukan untuk menyingkirkan adanya gangguan jantung dan tuberkulosis paru.

9. Komplikasi

Grace (2007) dan Oswari (2006) mengemukakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita hernia adalah:

- a. Hematoma (luka atau pada skrotum).
- b. Retensi urin akut. Infeksi pada luka.
- c. Nyeri dan pembengkakan testis yang menyebabkan atrofi testis.
- d. Terjadi perlekatan antara isi hernia dengan kantong hernia, sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali (hernia inguinalis lateralis irreponibilis).
- e. Terjadi penekanan pada cincin hernia, akibatnya makin banyak usus yang masuk. Cincin hernia menjadi relatif sempit dan dapat menimbulkan gangguan penyaluran isi usus.
- f. Bila incarceration dibiarkan, maka timbul edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Keadaan ini disebut hernia inguinalis lateralis strangulata.
- g. Timbul edema bila terjadi obstruksi usus yang kemudian menekan pembuluh darah dan kemudian timbul nekrosis.
- h. Bila terjadi penyumbatan dan perdarahan akan timbul perut kembung, muntah dan obstipasi.
- i. Kerusakan pada pasokan darah, testis atau saraf jika pasien laki-laki.
- j. Komplikasi lama merupakan atrofi testis karena lesi.

10. Penatalaksanaan

Penanganan hernia menurut Mansjoer, A, (2000) ada dua macam, yaitu:

a. Konservatif

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

1) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia kedalam cavum peritoni atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak- anak.

2) Suntikan

Dilakukan penyuntikkan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritonii.

3) Sabuk Hernia

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

Penggunaan bantalan penyangga hanya bertujuan menahan hernia yang telah direposisi dan tidak pernah menyembuhkan sehingga harus dipakai seumur hidup. Hal ini biasanya dipilih jika kita menolak dilakukan perbaikan secara operasi atau terdapat kontraindikasi terhadap operasi. Cara ini tidak dianjurkan karena menimbulkan komplikasi, antara lain merusak kulit dan tonus otot dinding perut di daerah yang tertekan sedangkan strangulasi tetap mengancam.

b. Tindakan operatif

Pilihan tindakan operasi adalah pilihan terbaik pada kasus hernia, beberapa macam operasi pada hernia adalah:

1) Herniotomy

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

2) Hernioraphy

Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m. Obliquus intraabdominalis dan m. transversus abdominis yang berinsersi di tuberculum pubicum).

3) Hernioplasty

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

11. Jurnal Penelitian Terkait

- a. Berdasarkan penelitian di India oleh Balamaddaiah, G., & Reddy, S. (2016) yang berjudul “Prevalence and risk factors of inguinal hernia: a study in a semi-urban area in Rayalaseema, Andhra Pradesh, India” Semua subjek penelitian datang ke rumah sakit dengan keluhan pembengkakan pangkal paha dengan atau tanpa rasa sakit. Pasien dipalpsi pada setiap selangkangan untuk mengamati apakah ada hernia yang terlihat dan teraba dengan jelas, impuls yang teraba atau bekas luka operasi sebelumnya. Rincian hernia, seperti jenis hernia, primer atau berulang juga dicatat. Didapatkan 212 pasien, 79,2% pasien adalah laki-laki dan 20,8% adalah perempuan dan kelompok usia yang paling umum adalah 31-60 tahun. 74,5% kasus adalah

hernia inguinalis primer sedangkan 25,5% adalah hernia rekuren.. Penyebab tersering terjadinya hernia adalah mengangkat benda berat sebanyak 52,4% dan buang air besar yang tidak tepat (46,7%).

- b. Pada penelitian Nabila, C (2019) dengan judul” Gambaran Faktor Resiko Hernia Inguinalis di Bagian Bedah RSUD H. Abdul Manap Kota Jambi Periode 2015-2018” Penelitian ini bersifat deskriptif dengan pendekatan retrospektif dan menggunakan metode total sampling. Terdapat sampel sebanyak 174 yang diteliti berdasarkan faktor resiko hernia inguinalis yaitu, usia, jenis kelamin, riwayat kongenital, pekerjaan, riwayat batuk kronis, riwayat konstipasi, dan riwayat hernia inguinalis dalam keluarga. Didapatkan pasien hernia inguinalis sebanyak 23,4% merupakan golongan usia manula, 84,5% merupakan pria, 23,6% memiliki riwayat penyakit kongenital, 59,8% memiliki pekerjaan fisik yang berat, 3,4% memiliki riwayat batuk kronis, 12,6% memiliki riwayat konstipasi, dan sebanyak 25,3% memiliki riwayat penyakit hernia inguinalis pada keluarganya.
- c. M. A Suri (2018) dengan judul “Gambaran Karakteristik Penyakit Hernia Diruang Mawar Kuning Bawah RSUD Sidoarjo” dengan populasi dalam penelitian ini adalah pasien usia 15 sampai >65tahun yang menderita penyakit hernia, dengan terdiri dari 25 sampel. Jenis penelitian ini menggunakan metode survey melalui pendekatan cross sectional. Penelitian ini menggunakan teknik total sampling. Hasil dari penelitian bahwa penyakit hernia paling banyak terjadi pada usia 45-64 tahun yaitu sebanyak 12 orang atau 48%, jenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami penyakit hernia yaitu sebanyak 22 orang atau 88%, letak terjadinya hernia yang paling banyak dialami oleh reponden yaitu terletak di hernia inguinalis lateralis sebanyak 22 orang atau 88%, sifat terjadinya hernia yang paling banyak dialami oleh reponden yaitu bersifat hernia inkaserata sebanyak 18 orang atau 72%, jenis pekerjaan reponden paling banyak terjadi yaitu pekerjaan

berat sebanyak 16 orang atau 64%, hal ini menunjukkan hernia inguinalis meningkat dengan bertambahnya umur dan banyak terjadi pada umur 45-64 tahun tekanan intraabdomen meningkat, berkurangnya kekuatan jaringan penunjang dan terjadinya kelemahan otot dinding perut sehingga meningkatkan risiko terjadinya hernia.

- d. Faridah,et al (2020) dengan judul “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia di RS Islam Arafah Rembang” metode penelitian korelasi dengan metode cross sectional menggunakan tehnik purposive sampling yang dianalisis dengan uji chi-square dengan tingkat kemaknaan 95% yang meliputi analisis univariat dan bivariate terhadap variabel tingkat aktifitas di RSI Arafah Rembang tahun 2018. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 31 sampel rekam medis pada periode januari-september 2018. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara purposive sampling. Hasil uji statistik chi squaredi peroleh hasil nilai p value = 0,011< (0,05). Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan pasien hernia yang ada di RSI Arafah Rembang. hasil ini sesuai dengan teori dimana pekerjaan berat dapat meningkatkan tekanan intra abdomen pada perut yang mengakibatkan organ perut (biasanya usus) menonjol melalui suatu titik yang lemah atau robekan pada dinding otot yang tipis yang dapat menyebabkan hernia inguinalis. Hal ini biasanya dihubungkan pada pekerjaan dengan aktifitas fisik mengangkat berat seperti pada buruh yang sering mengangkat beban berat, petani yang sering mencangkul, serta TNI yang aktif di lapangan.
- e. Penelitian Witri,N (2018) dengan judul ”Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Wates Kulon Progo”. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien pre operasi berusia 17-65 yang

diambil menggunakan metode accidental sampling berjumlah 114 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden berusia 26-35 tahun (dewasa awal) (35,1%) dan berjenis kelamin perempuan (75,4%). Terdapat 89 responden yang menilai baik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat (78,1%) dan 56 responden (49,1%) dengan tingkat kecemasan berat. Hasil analisa korelasi Koefisien Kontingensi (C) diperoleh p-value <0,05 (0,000) dengan koefisien korelasi sebesar 0,445.

- f. Penelitian Bram Wijaya (2019) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia Dengan Tindakan Herniotomi di Ruang OK RS DKT Bandar Lampung Tahun 2019” disimpulkan pasien hernia yang menjalani tindakan herniotomi didapatkan diagnosa keperawatan pre operasi kecemasan berhubungan dengan prosedur operasi, dan nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik. Intra operasi resiko hipotermi b.d suhu ruangan yang rendah, sedangkan untuk post operasi yaitu nyeri akut , dan resiko infeksi
- g. Penelitian Annisa Aristia (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Hernia Inguinalis dengan Tindakan Operasi Herniotomi di Ruang Operasi Rumah Sakit DKT Bandar Lampung Tahun 2020” disimpulkan pasien hernia yang menjalani tindakan herniotomi didapatkan diagnosa keperawatan pre operasi ansietas berhubungan dengan krisis situasional, intra operasi resiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah, sedangkan untuk post operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.
- h. Penelitian Zakaria (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Hernia Inguinalis Dextra dengan Tindakan Herniotomy Hernioraphy di Ruang Operasi Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro 2020” disimpulkan pasien hernia yang menjalani tindakan herniotomi didapatkan diagnosa keperawatan pre operasi

Diagnosa yang muncul saat pre operasi adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dan ansietas b.d krisis situasional, intraoperasi resiko cedera b.d pengaturan posisi bedah , dan post operasi resiko hipotermi perioperatif b.d terpapar suhu lingkungan rendah dan resiko jatuh b.d efek agen farmakologis.

- i. Penelitian Cynthia Febri (2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif dengan Diagnosa Medis Hernia Scrotalis Pada Pasien Hernia Inguinalis dengan Tindakan Herniotomi Herniorraphy di Ruang Operasi RSUD Ahmad Yani Metro Provinsi Lampung tahun 2020” disimpulkan pasien hernia yang menjalani tindakan herniotomi herniorraphy didapatkan diagnosa keperawatan pre operasi ansietas b.d krisis situasional, intraoperasi resiko hipotermi perioperatif d.d suhu lingkungan rendah , dan post operasi hipotermi perioperatif b.d terpapar suhu lingkungan rendah dan resiko jatuh b.d efek agen farmakologis.