

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Definisi Keperawatan Perioperatif**

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu preoperative phase (fase praoperasi), intraoperative phase (fase intraoperasi) dan post operative phase (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, Judha & Istianah, 2011).

##### **2. Fase Keperawatan Perioperatif**

###### **a. Fase Pre Operatif**

Fase preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Brunner & Suddarth, 2010). Tujuan diberikan asuhan keperawatan preoperatif untuk

mencegah kegagalan operasi akibat ketidakstabilan kondisi pasien. Untuk itu perlu dilakukan persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan fisiologi

- a) Diet (puasa) pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi
- b) Persiapan perut, Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan kulit, yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut. Tujuannya mencegah terjadinya infeksi.
- d) Hasil pemeriksaan, yaitu hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain. Tujuannya untuk mencegah kesalahan lokasi yang akan dioperasi.
- e) Persetujuan operasi/Informed Consent, yaitu izin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia.

b. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

c. Fase Post Operatif

Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien (Majid, Judha & Istianah, 2011).

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif**

### **1. Pre Operatif**

Menurut Dermawan & Rahayuningsih (2010), hal yang perlu di kaji pada penderita hernia adalah memiliki riwayat pekerjaan mengangkat beban berat, terdapat benjolan pada bagian yang sakit, nyeri tekan, klien merasa tidak nyaman karena nyeri pada perut.

## a. Pengkajian

### 1) Identitas Pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama penanggung jawab, pekerjaan dll. Biasanya hernia Ditemukan 80% pada pria dan prosentase yang lebih besar pada pekerja berat.

### 2) Keluhan Utama

Keluhan yang menonjol pada pasien hernia yang datang ke rumah sakit adalah biasanya pasien dengan benjolan di tempat hernia, adanya rasa nyeri pada daerah benjolan.

### 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Diawali timbulnya/munculnya benjolan yang mula mula kecil dan hilang dengan istirahat,berlanjut pada fase benjolan semakin membesar dan menetap,benjolan tidak hilang meskipun dengan istirahat. Benjolan yang menetap semakin membesar oleh karena tekanan intra abdominal yang meningkat mengakibatkan benjolan semakin membesar yang berakibat terjadinya jepitan oleh cincin hernia. Biasanya klien yang mengalami nyeri. Pada pengkajian nyeri (PQRST). s

- P : Klien mengatakan ke rumah sakit dengan keluhan ada benjolan pada bagian perut yang di sebabkan karena ada bagian dinding abdomen yang lemah.
- Q : Benjolan tersebut menimbulkan rasa nyeri di daerah bagian perut/ sesuai tempat terjadinya hernia, klien mengatakan rasa nyeri seperti di tusuk –tusuk jarum.
- R : nyeri tersebut sangat terasa di bagian perut.
- S : skala nyeri 4-8.
- T : nyeri terasa hebat saat di bawa beraktivitas dan nyeri berlangsung selama  $\pm$  3 menit ada gejala mual-muntah bila telah ada komplikasi

### 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita Hernia, keluhan pada masa

kecil, hernia dari organ lain, dan penyakit lain yang memperberat Hernia seperti diabetes mellitus. Biasanya Ditemukan adanya riwayat penyakit menahun seperti: Penyakit Paru Obstruksi Kronik, dan Benigna Prostat Hiperplasia.

5) Pramedikasi

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 beberapa jam sebelum anastesi 1-2 jam.

6) Tindakan Umum

- a) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
- b) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan
- c) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan bedah
- d) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernapasan dan jantung
- e) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan rontgen dada
- f) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat

7) Sesaat Sebelum Operasi

- a) Memeriksa pasien apakah sudah menggunakan identitasnya
- b) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernapasan, 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. Diagnosa Keperawatan Pra Operatif**

Diagnosis keperawatan menurut SDKI (2017) yang sering muncul pada pasien pra bedah, meliputi:

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Pra Operatif

No	Diagnosa	Data Pendukung
1.	Nyeri akut/ kronis berhubungan dengan agen pencidera fisiologis. <b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh nyeri</li> </ul> Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> </ul>
2.	Kecemasan berhubungan dengan Krisis Situasional. <b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa bingung</li> <li>• Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>• Sulit berkonsentrasi</li> </ul> Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak gelisah</li> <li>• Tampak tegang</li> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Frekuensi napas meningkat</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Tremor</li> <li>• Muka tampak pucat</li> </ul>
3.	Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi. <b>Definisi:</b> Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> <li>• Menjalani pemeriksaan tidak tepat</li> <li>• Menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, histeris).</li> </ul>
--	--	---

### c. Intervensi Pra Operatif

Menurut SIKI (2018) dan SLKI (2018) Intervensi keperawatan dan Standar Luaran yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pra Operatif

No	Diagnosa & Tujuan	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut/kronis b.d agen pencidera fisiologis.</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></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 nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></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) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu</li> </ol>
2.	<p>Kecemasan berhubungan dengan Krisis</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor)</li> </ol>

	<p>Situasional</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3) Monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan</li> <li>8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2) Informasikansecarafaktualmengenaidiagnosis,pengobatan dan prognosis</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8) Latih tehnik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ol>
3.	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>• Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>2) Ajarkan perilaku hidup dan sehat</li> <li>3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>

	menurun • Perilaku membaik	
--	----------------------------------	--

## 2. Intra Operatif

### a. Pengkajian

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaesthesilokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaestesi lokal dan pasien masih sadar atau terjagamaka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya danmemberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harusmemberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam

### b. Diagnosa Keperawatan Intra Operatif

Diagnosis keperawatan pada fase intra operasi yang sering muncul menurut SDKI (2017) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan Intra Operatif

No	Diagnosa	Data Pendukung
1.	Risiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan. <b>Definisi:</b> Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal ( terjadi di dalam tubuh ) maupun eksternal ( terjadi hingga keluar tubuh )	Faktor Resiko: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aneurisma</li> <li>• Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung,polip,varises )</li> <li>• Gangguan fungsi hati ( mis. sirosis hepatis )</li> <li>• Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa atau abrupsio,kehamilan kembar )</li> <li>• Komplikasi pasca partum (mis atoni uterus, retensi plasenta )</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia )</li> <li>• Agen farmakologis</li> <li>• Tindakan pembedahan</li> <li>• Trauma</li> <li>• Kurang terpapar informasi tentang pencegahan pembedahan</li> <li>• Proses keganasan</li> </ul>
2.	<p>Risiko hipotermi perioperatif ditandai dengan suhu lingkungan rendah.</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36 derajat Celcius secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.</p>	<p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosedur pembedahan</li> <li>• Kombinasi anastesi regional dan umum</li> <li>• Skor American Society of Anesthesiologist (ASA) &gt;1</li> <li>• Suhu pra-operasi rendah (&lt;36°C)</li> <li>• Berat badan rendah</li> <li>• Neuropati diabetik</li> <li>• Komplikasi kardiovaskuler</li> <li>• Suhu lingkungan rendah</li> <li>• Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi &gt;2 liter yang tidak dihangatkan)</li> </ul>
3.	<p>Risiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan.</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.</p>	<p>Faktor Resiko Eksternal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpapar patogen</li> <li>• Terpapar zat kimia toksik</li> <li>• Terpapar agen nosokomial</li> <li>• Ketidaknyamanan Transportasi</li> </ul> <p>Faktor Resiko Internal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidaknormalan profil darah</li> <li>• Perubahan orientasi afektif</li> <li>• Perubahan sensasi</li> <li>• Disfungsi autoimun</li> <li>• Disfungsi biokimia</li> <li>• Hipoksia jaringan</li> <li>• Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh</li> <li>• Malnutrisi</li> <li>• Perubahan fungsi psikomotor</li> <li>• Perubahan fungsi kognitif</li> </ul>

### c. Intervensi Intra Operatif

Menurut SIKI (2018) dan SLKI (2018) Intervensi keperawatan dan Standar Luaran yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Intra Operatif

No	Diagnosa& Tujuan	Intervensi
1.	<p>Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>• Kelembapan kulit meningkat</li> <li>• Perdarahan menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>4) Monitor output dan input cairan selama pembedahan</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Posisikan pasien sesuai dengan indikasi pembedahan</li> <li>2) Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai menggunakan kasa</li> <li>3) Pastikan keamanan alat-alat yang digunakan selama prosedur operasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ol>
2.	<p>Risiko hipotermi perioperatif ditandai dengan suhu lingkungan rendah</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggigil menurun</li> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor suhu tubuh</li> <li>2) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)</li> <li>3) Monitor tanda dan gejala hipotermia</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)</li> <li>2) Ganti pakaian atau linen yang basah</li> <li>3) Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>4) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)</li> <li>5) Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</li> </ol>
3.	<p>Risiko cedera ditandai dengan prosedur pembedahan</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lakukan pengecekan daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi</li> <li>2) Lakukan pengecekan integritas kulit.</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pastikan posisi pasien sesuai dengan indikasi pembedahan</li> <li>2) Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, depper, dan</li> </ol>

menurun dengan kriteria hasil:	hitung instrumen bedah
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kejadian cedera menurun</li> <li>Tekanan darah membaik</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Frekuensi napas membaik</li> </ul>	3) Lakukan time out 4) Lakukan sign out

### 3. Post Operatif

#### a. Pengkajian

Pengkajian pascabedah herniorafi 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. Diagnosa Keperawatan Post Operatif

Diagnosis keperawatan menurut SDKI (2017) yang sering muncul pada pasien post bedah, meliputi:

Tabel 2.5 Diagnosa Keperawatan Post Operatif

No	Diagnosa	Data Pendukung
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. <b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengeluh nyeri</li> </ul> Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tampak meringis</li> <li>Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>Gelisah</li> <li>Frekuensi nadi meningkat</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> </ul>
2.	<p>Risiko hipotermi perioperatif ditandai dengan suhu lingkungan rendah.</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36 derajat Celcius secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.</p>	<p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosedur pembedahan</li> <li>• Kombinasi anastesi regional dan umum</li> <li>• Skor American Society of Anesthesiologist (ASA) &gt;1</li> <li>• Suhu pra-operasi rendah (&lt;36°C)</li> <li>• Berat badan rendah</li> <li>• Neuropati diabetik</li> <li>• Komplikasi kardiovaskuler</li> <li>• Suhu lingkungan rendah</li> <li>• Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi &gt;2 liter yang tidak dihangatkan)</li> </ul>
3.	<p>Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis.</p> <p><b>Definisi:</b> Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p>	<p>Faktor Resiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usia &gt;65 tahun (pada dewasa) atau &lt;2 tahun (pada anak)</li> <li>• Riwayat jatuh</li> <li>• Anggota gerak bawah prothesi (buatan)</li> <li>• Penggunaan alat bantu berjalan</li> <li>• Penurunan tingkat kesadaran</li> <li>• Perubahan fungsi kognitif</li> <li>• Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)</li> <li>• Kondisi pasca operasi</li> <li>• Hipotensi ortostatik</li> <li>• Perubahan kadar glukosa darah</li> <li>• Anemia</li> <li>• Kekuatan otot menurun</li> <li>• Gangguan pendengaran</li> <li>• Gangguan keseimbangan</li> <li>• Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus)</li> <li>• Neuropati</li> <li>• Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)</li> </ul>

### c. Intervensi Post Operatif

Menurut SIKI (2018) dan SLKI (2018) Intervensi keperawatan dan Standar Luaran yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Post Operatif

No	Diagnosa& Tujuan	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut b.d agen pencidera fisik.</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></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 nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></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) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu</li> </ol>
2.	<p>Risiko hipotermi perioperatif ditandai dengan suhu lingkungan rendah</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor suhu tubuh</li> <li>2) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)</li> <li>3) Monitor tanda dan gejala hipotermia</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)</li> <li>2) Ganti pakaian atau linen yang basah</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggigil menurun</li> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> </ul>	<p>3) Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</p> <p>4) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)</p> <p>5) Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</p>
3.	<p>Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jatuh menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Frekuensi tekanan darah membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>3) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</li> <li>4) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya.</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>3) Pasang handrall tempat tidur</li> <li>4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>5) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> </ol>

## C. Tinjauan Konsep Penyakit Hernia Sacrotalis

### 1. Definisi

Hernia merupakan penonjolan sebuah organ, jaringan atau struktur melewati dinding rongga yang secara normal memang berisi bagian-bagian tersebut.(Muttaqin 2011). Sumber lain mengatakan bahwa hernia merupakan sebuah tonjolan atau benjolan yang terjadi disalah satu bagian tubuh yang seharusnya tidak ada.

Menurut Nanda NIC-NOC (2015), Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menojol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskulo aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia. Secara umum hernia

merupakan tonjolan yang terjadi akibat protrusi abnormal jaringan, organ atau bagian organ melalui struktur yang secara normal berisi.

Hernia scrotalis merupakan penonjolan isi perut melalui defek pada lapisan musculo-aponeurotik dinding perut melewati canalis inguinalis dan turun hingga ke rongga scrotum. Hernia scrotalis disebut juga dengan hernia inguinalis indirek/lateralis yang mencapai scrotum. Berdasarkan letaknya, hernia dibagi atas hernia femoralis, hernia umbilikal, hernia inguinalis, hernia paraumbilikus, hernia epigastrika, hernia ventralis, hernia lumbalis, hernia litre, hernia spiegheli, hernia obturatoria, hernia perinealis dan hernia pantalon. (Amrizal, 2015)

## **2. Klasifikasi**

Macam-macam hernia adalah:

### **a. Hernia berdasarkan letaknya**

- 1) Hernia hiatal adalah kondisi dimana kerongkongan (pipa tenggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (thoraks).
- 2) Hernia epigastrik terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terdiri dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk di bagian dinding perut yang relative lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.
- 3) Hernia umbilical berkembang didalam dan sekitar umbilicus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya. Orang jawa sering menyebutnya “wudel bodong”. Jika kecil (kurang dari 1 sentimeter), hernia jenis ini biasanya menutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.
- 4) Hernia inguinalis (Sacrotalis) 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 kebawah melalui celah. Jika terasa ada benjolan dibawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lenih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.

- 5) Hernia femoralis muncul sebagai tonjolan dipangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibanding pada pria.
- 6) 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.
- 7) Hernia nucleus pulposi (HNP) adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap goncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus intervertebralis yang menyebabkan saraf terjepit. HNP umumnya terjadi dipunggung bawah pada tiga vertebra lumbal bawah (NANDA NIC NOC, 2015)

b. Hernia berdasarkan terjadinya

1) Hernia bawaan/ congenital

Hernia bawaan bisa terjadi sejak bayi lahir akibat proses vaginalis yang tidak menutup sempurna saat bayi dalam kandungan

2) Hernia dapatan/ akuisita

Merupakan hernia yang timbul akibat faktor pemicu.

c. Hernia berdasarkan sifatnya

1) Hernia reponibel/ reducible

Reponibel yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mengejan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri ataupun gejala obstruksi usus.

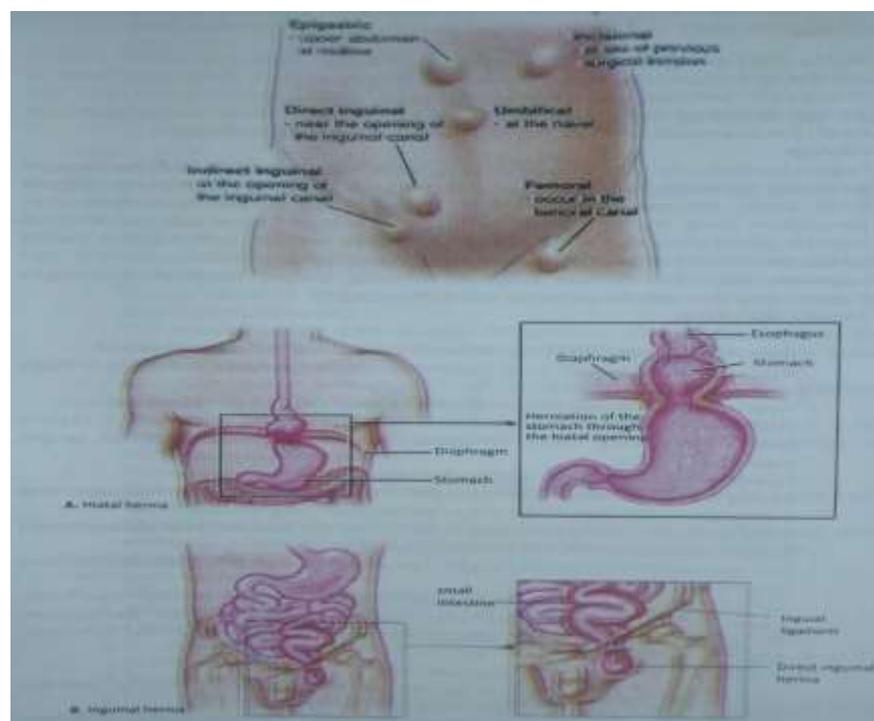
2) Hernia ireponibel

Ireponibel yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh

perlengketan isi kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta.

### 3) Hernia strangulata/ inkarserata

Inkarserata yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Hernia strangulata mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen didalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh darah terjepit.



Gambar 2.1 Klasifikasi Hernia (Nanda NIC NOC, 2015)

### 3. Etiologi

Menurut Kharisma, 2020, Hernia scrotalis dapat terjadi karena anomali kon genital atau karena sebab yang didapat (akuistik), hernia dapat dijumpai pada setiap usia, prosentase lebih banyak terjadi pada pria, berbagai faktor penyebab berperan pada pembukaan pintu masuk hernia pada anulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong dan isi hernia, disamping itu disebabkan pula oleh faktor yang dapat

mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar tersebut.

Faktor yang dapat dipandang berperan kausal adalah adanya peninggian tekanan di dalam rongga perut, dan kelemahan otot dinding perut karena usia, jika kantung hernia inguinalis lateralis mencapai scrotum disebut hernia scrotalis. Penyebab lain yang memungkinkan terjadinya hernia adalah:

- a. Hernia inguinalis indirect, terjadi pada suatu kantong kongenital sisa dan prosesus vaginalis.
- b. Kerja otot yang terlalu kuat.
- c. Mengangkat beban yang berat.
- d. Batuk kronik.
- e. Mengejan sewaktu miksi dan defekasi.
- f. Peregangan otot abdomen karena meningkatkan tekanan intra abdomen (TIA) seperti: obesitas dan kehamilan.

Etiologi hernia menurut Nanda NIC-NOC (2015) adalah:

- a. Congenital
- b. Obesitas
- c. Ibu hamil
- d. Mengejan
- e. Pengangkatan beban berat

#### **4. Manifestasi Klinis**

Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha, benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan mengangkat beban berat atau dalam posisi berdiri dapat timbul kembali, bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri, keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan asimetri pada kedua sisi lipat paha, scrotum atau pada labia. (Kharisma, 2020).

Jika menurut tanda dan gejala Hernia Scrotalis ialah Nyeri, muntah, mual, nyeri abdomen, distensi abdomen, Kram, dan ada penonjolan di scrotum.

Menurut Nanda NIC-NOC (2015), tanda dan gejala yang sering muncul pada pasien hernia adalah :

- a. Berupabenjolankeluarmasuk/ kerasdanyang terseringtampak benjolan dilipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mualdanmuntahatau distensibilalelahada komplikasi.
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata kulit diatasnya menjadi merah dan panas serta terasa sakit yang bertambah hebat.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing drah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak napas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

Gejala klinis yang mungkin timbul setelah dilakukan operasi :

- a. Nyeri
- b. Peradangan
- c. Edema
- d. Pendarahan
- e. Pembengkakan skrotum setelah perbaikan hernia inguinalis indirek
- f. Retensi urin
- g. Ekimosis pada dinding abdomen bawah atau bagian atas paha

## **5. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada penderita hernia dapat dilakukan dengan cara berikut :

Biasanya tidak diperlukan pemeriksaan tambahan untuk menegakkan diagnosis hernia. Namun pemeriksaan seperti *ultrasonografi* (USG), CT Scan, maupun MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) dapat dikerjakan guna

melihat lebih lanjut keterlibatan organ-organ yang terperangkap dalam kantung hernia tersebut. Pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan untuk kepentingan operasi. (Grace, 2007 dalam Kharisma,2020)

- a. Sinar X abdomen menunjukkan kadar gas dalam usus / abstruksi usus.
- b. Laparoskopi, untuk menentukan adanya hernia inguinal lateralis apakah ada sisi yang berlawanan atau untuk mengevaluasi terjadi hernia berulang atau tidak.
- c. Pemeriksan darah lengkap, hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih (Leukosit : >10.000– 18.000/mm<sup>3</sup>)

## **6. Komplikasi**

Menurut Kharisma, 2020, 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. Pendarahan yang berlebihan/infeksi luka bedah.

- k. Komplikasi lama merupakan atrofi testis karena lesi.
- l. Bila isi perut terjepit dapat terjadi: shock, demam, asidosis metabolik, abses.

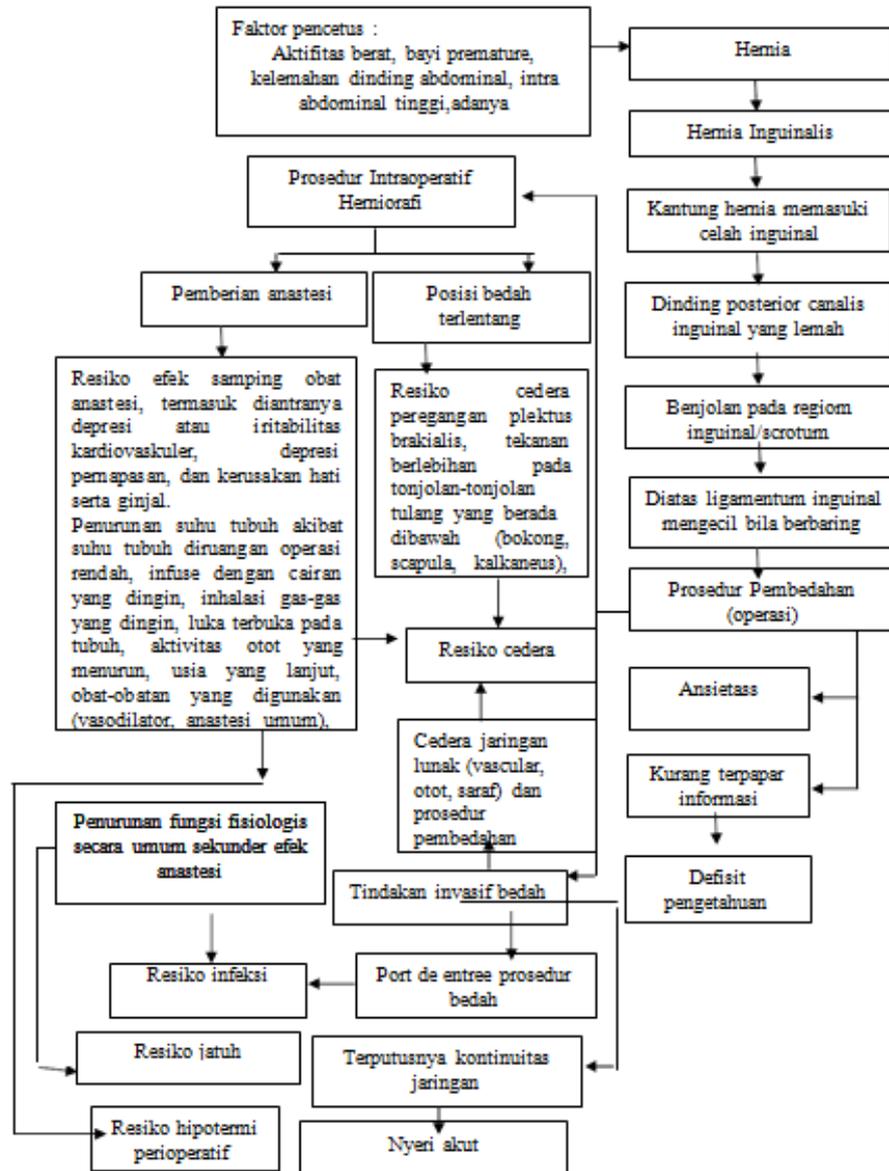
## 7. Penatalaksanaan

Menurut Kharisma (2020), Penatalaksanaan yang diberikan kepada penderita hernia meliputi :

- a. Kaji hernia untuk: keparahan gejala, risiko komplikasi (tipe, ukuran leher hernia), kemudahan untuk perbaikan (lokasi, ukuran), kemungkinan berhasil (ukuran, banyaknya isi perut kanan yang hilang).
- b. Kaji pasien untuk : kelayakan operasi, pengaruh hernia terhadap gaya hidup (pekerjaan dan hobi).
- c. Perbaikan dengan bedah biasanya ditawarkan pada pasien – pasien dengan:
  - 1) Hernia dengan risiko komplikasi apapun gejalanya.
  - 2) Hernia dengan adanya gejala-gejala obstruksi sebelumnya.
  - 3) Hernia dengan risiko komplikasi yang rendah namun dengan gejala yang mengganggu gaya hidup dan sebagainya.
- d. Secara konservatif (non operatif)
  - 1) Reposisi hernia Hernia dikembalikan pada tempat semula bisa langsung dengan tangan
  - 2) Penggunaan alat penyangga dapat dipakai sebagai pengelolaan sementara, misalnya pemakaian korset
- e. Secara operatif (prinsip pembedahan)
  - 1) Herniotomi  
Seluruh hernia dipotong dan diangkat lalu dibuang. Ini dilakukan pada klien dengan hernia yang sudah nekrosis. Eksisi kantung hernianya saja untuk pasien anak.
  - 2) Herniorafi  
Memperbaiki defek, perbaikan dengan pemasangan jaring (mesh) yang biasa dilakukan untuk hernia inguinalis, yang dimasukkan melalui bedah terbuka atau laparoskopik.

## 8. Pathway

### Pathway Hernia



Gambar 2.2 Pathway Hernia

Sumber : modifikasi Mutaqin & Sari (2009), NANDA (2015)

#### D. Jurnal Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Maropah tahun 2019 dengan judul Pengaruh Modifikasi Relaksasi Nafas Dalam dan Mobilisasi Dini terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia di RSUD Kanjuruhan

Kabupaten Malang. Masters thesis, STIKes Patria Husada Blitar dengan Metode penelitian menggunakan pre eksperimen dengan desain one group- pre posttest, menunjukkan Hasil penelitian tingkat nyeri pasien post operasi hernia sebelum diberi intervensi Relaksasi Simar nilai mean = 6,333 setelah diberi perlakuan intervensi Relaksasi Simar pasien tingkat nyerinya ringan dengan nilai mean = 2,0. Dalam penelitian ini ada perbedaan yang signifikan penurunan tingkat nyeri pada pasien sebelum dan sesudah diberi intervensi dengan nilai signifikan  $\alpha$  0,000, maka berarti terdapat pengaruh Intervensi Relaksasi Simar terhadap tingkat nyeri.

Arif Kurniawan dkk (2013), dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Preoperasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Herinia Di RSUD Kudus”. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu (quasi experiment) dengan rancangan penelitian one group pretest posttest dan pengambilan sampel dilakukan dengan metode accidental sampling yaitu berjumlah 15 orang. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan analisis statistik T dependent / paired t-test. Hasil dari penelitian ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada pasien pre operasi hernia skrotalis yaitu dengan p value =  $0,000 < \alpha$  (0,05).

Penelitian Hilmi pada tahun 2016 dengan judul Perbedaan Pengaruh Metode Herniorepair Memakai Mesh dan Tanpa Mesh Terhadap Derajat Penyembuhan Luka pada Hernia Inguinalis Lateralis Inkarserata, menunjukkan bahwa Penyembuhan luka berdasarkan Kriteria Hulton pasca Herniorepair memakai mesh dan tanpa mesh, kemudian dilakukan uji Mann-Whitney dengan hasil hari ke-1  $p=1$  ( $p>0,05$ ), hari ke- 3  $p=0,775$  ( $p>0,05$ ), hari ke-7 dan hari ke-10 dengan nilai constant, berarti tidak terdapat perbedaan yang bermakna pada derajat penyembuhan luka berdasarkan Kriteria Hulton pasca Herniorepair memakai mesh dan tanpa mesh, maka dapat di simpulkan derajat penyembuhan luka berdasarkan Kriteria Hulton pasca Herniorepair memakai mesh dan tanpa mesh pada pasien hernia inguinalis lateralis inkarserata tidak terdapat perbedaan ( $p>0,05$ )

Madesti Vindora dkk (2013), dengan judul “Perbandingan Efektifitas Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Hernia di RSUD Menggala Tahun 2013”. Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan pendekatan quasi eksperimen. Populasi penelitian adalah pasien post operasi hernia dengan usia dewasa dan lansia di RSUD Menggala pada 18 November – 18 Desember 2013 sejumlah 52 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Analisa data yang digunakan adalah uji t- independent. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan efektifitas tehnik distraksi dan relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pasien post operasi hernia (p value 0,001).

Agung Suprastyo dkk (2015), dengan judul “ Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Umum Aisyiyah Ponorogo”. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian quasi experiment dengan rancangan non equivalent control group. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik purposive sampling. Responden berjumlah 30 orang responden. Data dikumpulkan dari pasien dengan menggunakan kuesioner tingkat kecemasan dari *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRS-A)*. Data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon (tidak berpasangan) dan uji Mann Whitney U-Test (berpasangan). Dari hasil uji statistic diperoleh nilai p value 0,000 ( $p < 0,05$ ), sehingga  $H_a$  diterima dan  $H_0$  ditolak. Hal ini berarti pemberian komunikasi terapeutik berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di ruang Siti Fadilah Kelas 3 Rumah Sakit Umum Aisyiyah Ponorogo.