

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi dan pasca operasi. Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, Judha, & Istinah, 2011).

Keperawatan Perioperatif adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan di kamar bedah yang langsung diberikan pasien, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Keperawatan perioperatif berpedoman pada standar keperawatan dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang bekerja di kamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif (HIBKABI, 2012)

2. Tahap -tahap Keperawatan Perioperatif

Ada beberapa tahapan dalam keperawatan perioperatif dan keberhasilan dari suatu pembedahan tergantung dari setiap tahapan tersebut. Masing-masing tahapan dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula. Adapun tahap-tahap keperawatan perioperatif adalah (Hamlin, 2009) :

a. Tahap pra operasi

Tahap ini merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada tahap ini, kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Bagi perawat perioperatif

tahap ini di mulai pada saat pasien diserahkan-terimakan dikamar operasi dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

b. Tahap intra operasi

Tahap ini dimulai setelah pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Aktivitas di ruang operasi difokuskan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien tanpa mengenyampingkan psikologis pasien. Diperlukan kerjasama yang sinergis antar anggota tim operasi yang disesuaikan dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Salah satu peran dan tanggung jawab perawat adalah dalam hal posisi pasien yang aman untuk aktifitas pembedahan dan anestesi.

c. Tahap pasca operasi

Keperawatan pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi di mulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai diserahkan-terimakan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

3. Peran Perawat Perioperatif

Perawat perioperatif sebagai anggota tim operasi, mempunyai peran dari dari tahap pra operasi sampai pasca operasi. Secara garis besar maka peran perawat perioperatif adalah :

a. Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Oleh karena tanggung jawab perawat administratif lebih besar maka diperlukan perawat yang mempunyai pengalaman yang cukup di bidang perawatan perioperatif. Kemampuan manajemen, perencanaan dan

kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Perawat Instrumen

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat di dukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIBKABI, 2012).

c. Perawat sirkuler

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, Judha, & Istinah, 2011).

d. Perawat Ruang pemulihan

Menjaga kondisi pasien sampai pasien sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap adalah satu satu tugas perawat ruang pemulihan. Perawat yang bekerja di ruang pemulihan harus mempunyai keterampilan dan pengetahuan tentang keperawatan gawat darurat karena kondisi pasien bisa memburuk sewaktu-waktu pada tahap pasca operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

e. Perawat Anestesi

Mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam tim anestesi untuk kelancaran pelaksanaan pembiusan adalah peran perawat anestesi. Seorang perawat anestesi adalah perawat yang terlatih di bidang perawatan anestesi dan telah menyelesaikan program

pendidikan D-III anestesi atau yang sederajat. D-III Keperawatan yang telah mengikuti pelatihan keperawatan anestesi minimal selama satu tahun, juga bisa diberikan wewenang dalam perawatan anestesi (Muttaqin & Sari, 2009).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Definisi Asuhan Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi yang berorientasi pada pelayanan kesehatan dengan segala perencanaan atau tindakan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan kehidupan masyarakat (Hidayat, 2011). Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Nursalam, 2008). Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Carpenito, 2009). Pemberi asuhan keperawatan adalah tugas perawat pelaksana (Hidayat, 2011). Perawat pelaksana bertugas memberikan asuhan keperawatan, membantu penyembuhan, membantu memecahkan masalah pasien dibawah pengawasan dokter atau kepala ruang.

2. Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Ali (2009) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan yang diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan bukan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Ali (2009) menjelaskan tentang standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yaitu :

a. Standar I : Pengkajian keperawatan

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa observasi, dan pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

b. Standar II : Diagnosis Keperawatan

Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu :

1. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan.
2. Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E).
3. Bekerjasama dengan pasien dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
4. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

c. Standar III : Perencanaan keperawatan

Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.

d. Standar IV : Implementasi

Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping.

e. Standar V : Evaluasi

Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan dalam standa praktik keperawatan dari ANA (*American Nurses Association*). Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan. Pencatatan pengkajian keperawatan bertujuan mengidentifikasi kebutuhan unik klien dan respon klien terhadap masalah/diagnosis keperawatan yang akan mempengaruhi layanan keperawatan yang akan diberikan, mengonsolidasikan dan mengorganisasikan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber ke dalam sumber yang bersifat umum sehingga pola kesehatan klien dapat dievaluasi dan masalahnya dapat teridentifikasi, menjamin adanya informasi dasar yang berguna yang memberikan referensi untuk mengukur perubahan kondisi klien, mengidentifikasi karakteristik unik dari kondisi klien dan responnya yang mempengaruhi perencanaan keperawatan dan tindakan keperawatan, menyajikan data yang cukup bagi kebutuhan klien untuk tindakan keperawatan; menjadi dasar bagi pencatatan rencana keperawatan yang efektif (Ali Z. , 2009).

Kegiatan utama dalam tahap pengkajian ini adalah pengumpulan data, pengelompokan data, dan analisis data guna perumusan diagnosis

keperawatan. Pengumpulan data merupakan aktivitas perawat dalam mengumpulkan informasi yang sistemik tentang klien. Pengumpulan data ditujukan untuk mengidentifikasi dan mendapatkan data yang penting dan akurat tentang klien (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi, metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik.

a. Wawancara

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat dan klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat klien.

b. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra. Kemampuan melakukan observasi merupakan keterampilan tingkat tinggi yang memerlukan banyak latihan. Unsur terpenting dalam observasi adalah mempertahankan objektivitas penilaian. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, dirasa, didengar, dicium, dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

c. Pemeriksaan

Pemeriksaan adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada/tidaknya penyakit yang didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat digunakan perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*).

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat metode, yakni inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi.

1. Inspeksi

Secara sederhana, inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien.

2. Auskultasi

Auskultasi adalah langkah pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi keluar dari rongga tubuh pasien. Auskultasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang kondisi jantung, paru, dan saluran pencernaan.

3. Perkusi

Perkusi atau periksa ketuk adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh.

4. Palpasi

Palpasi atau periksa raba adalah jenis pemeriksaan fisik dengan cara meraba atau merasakan kulit klien untuk mengetahui struktur yang ada dibawah kulit.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan memberi dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil akhir sehingga perawat menjadi akuntabel. Menurut Asmadi (2008) komponen-komponen dalam pernyataan diagnosa keperawatan meliputi :

- a. Masalah (*problem*)

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan perubahan status kesehatan klien. Perubahan tersebut menyebabkan timbulnya masalah.

b. Penyebab (*etiology*)

Pernyataan etiologi mencerminkan penyebab dari masalah kesehatan klien yang memberi arah bagi terapi keperawatan. Etiologi tersebut dapat terkait dengan aspek patofisiologis, psikososial, tingkah laku, perubahan situasional gaya hidup, usia perkembangan, juga faktor budaya dan lingkungan. Frase “berhubungan dengan” (*related to*) berfungsi untuk menghubungkan masalah keperawatan dengan pernyataan etiologi.

c. Data (*sign and symptom*)

Data diperoleh selama tahap pengkajian sebagai bukti adanya masalah kesehatan pada klien. Data merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Penggunaan frase “ditandai oleh” menghubungkan etiologi dengan data.

Menurut Asmadi (2008) diagnosa keperawatan ada tiga tipe yaitu :

- a. Diagnosa keperawatan aktual, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan masalah kesehatan yang nyata terjadi saat ini dan benar-benar faktual, sesuai dengan data klinis yang diperoleh.
- b. Diagnosa keperawatan risiko, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan masalah kesehatan yang berpeluang besar akan terjadi jika tidak dilakukan tindakan keperawatan. Pada diagnosa ini masalah belum ada secara pasti, namun etiologi penunjangnya sudah ada.
- c. Diagnosa keperawatan potensial, yaitu diagnosa keperawatan yang menjelaskan tentang keadaan sejahtera (*wellness*), yakni ketika klien memiliki potensi untuk lebih meningkatkan derajat kesehatannya dan belum ada data maladaptif atau paparan terhadap masalah kesehatan sebelumnya.

Menurut Asmadi (2008) hal-hal yang perlu diperhatikan pada tahap diagnosa keperawatan, antara lain :

- a. Kesesuaian masalah dengan lingkup keperawatan
- b. Kejelasan masalah
- c. Keakuratan masalah dan faktor penyebab

- d. Validitas masalah
- e. Komponen diagnosis keperawatan (*Problem, Etiology, Sign and symptom (PES)*)

3. Perencanaan (Intervensi)

Tahap perencanaan memberi kesempatan kepada perawat, klien, keluarga, dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan (Asmadi, 2008).

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan perlu keterlibatan keluarga dan orang terdekat klien atau pasien untuk memaksimalkan perencanaan tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi (2008), tahap perencanaan memiliki beberapa tujuan penting, diantaranya sebagai alat komunikasi perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi klien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Unsur terpenting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan.

a. Membuat Prioritas Urutan Diagnosis Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan (tahap kedua), perawat dapat mulai membuat urutan prioritas diagnosis. Penentuan

prioritas ini dilakukan karena tidak semua diagnosis keperawatan dapat diselesaikan dalam waktu bersamaan. Pada tahap ini perawat dan klien bersama-sama menentukan diagnosis keperawatan mana yang harus dipecahkan lebih dulu dan memprioritaskannya. Penentuan prioritas dapat dibuatkan skala prioritas tertinggi sampai prioritas terendah. Ini dilakukan dengan mengurutkan diagnosis keperawatan yang dianggap paling mengancam kehidupan sampai diagnosis yang tidak terlalu mengancam kehidupan.

b. Merumuskan Tujuan

Setelah menyusun diagnosis keperawatan berdasarkan prioritas, perawat perlu merumuskan tujuan untuk masing-masing diagnosis. Tujuan ditetapkan dalam bentuk tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang dimaksudkan untuk mengatasi masalah secara umum, sedangkan tujuan jangka pendek dimaksudkan untuk mengatasi etiologi guna mencapai tujuan jangka panjang. Rumusan tujuan ini keperawatan harus SMART, yaitu *specific* (rumusan tujuan harus jelas), *measurable* (dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai, ditetapkan bersama klien), *realistic* (dapat tercapai dan nyata), dan *timing* (harus ada target waktu).

c. Merumuskan Kriteria Evaluasi

Penyusunan kriteria hasil/evaluasi, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan. Di antaranya, kriteria hasil/evaluasi terkait dengan tujuan, bersifat khusus, dan konkret. Selain itu, hasilnya harus dapat dilihat, didengar, dan diukur oleh orang lain.

d. Merumuskan Intervensi Keperawatan

Dalam merencanakan intervensi keperawatan, perawat harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Kriteria tersebut, antara lain :

1. Memakai kata kerja yang tepat.
2. Bersifat spesifik.
3. Dapat dimodifikasi.

Intervensi keperawatan terdiri atas intervensi keperawatan yang independen dan intervensi keperawatan kolaboratif. Intervensi keperawatan independen adalah intervensi keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien secara mandiri tanpa peran aktif dari tenaga kesehatan lain. Intervensi keperawatan kolaboratif adalah intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien dalam bentuk kerja sama dengan tenaga kesehatan lain.

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008).

Intervensi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan klien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Pada fase ini, perawat menyimpulkan data yang dihubungkan dengan reaksi klien. Fase ketiga merupakan terminasi perawat-klien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan

melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*) (Asmadi, 2008).

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni *subjektif* (data berupa keluhan klien), *objektif* (data hasil pemeriksaan), *analisis data* (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2008).

Menurut Asmadi (2008) ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan :

- a. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b. Tujuan tercapai sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak *tercapai* jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

6. Pengkajian Asuhan Keperawatan Perioperatif

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. 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.

b. 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.

c. 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).

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.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Secara patologi Hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi di dalam rumah.

e. 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.

f. Riwayat psikososial

Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya. Biasanya pasien mengalami cemas, dan penurunan rasa percaya diri.

g. Pola kebiasaan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya). Biasanya pada hernia reponibilis dan irreponibilis belum dijumpai adanya gangguan dalam pemenuhan kebutuhan makan dan minum. Peristaltic usus biasanya lebih dari batas normal (>10x/menit). Pada hernia inkarcerata dan strangulata dijumpai adanya gejala mual dan muntah yang mengakibatkan terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan makan dan minum.

2. Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya Pada hernia reponibilis dan irreponibilis tidak dijumpai gangguan pemenuhan kebutuhan tidur. Namun pada hernia inkarcerata dan strangulata ditemukan adanya gejala berupa nyeri hebat yang mengakibatkan gangguan pemenuhan istirahat tidur.

3. Pola aktifitas

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri akibat penonjolan hernia.

4. Pola hubungan dan peran
Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. penderita mengalami emosi yang tidak stabil.
 5. Pola kognitif
Penglihatan, perabaan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.
 6. Pola penanggulangan stress
Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah.
 7. Pola tata nilai dan kepercayaan
Bagaimana keyakinan klien pada agamanya dan bagaimana cara klien mendekati diri dengan tuhan selama sakit.
 8. Neurosensori
Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri yang meningkat bila digunakan beraktivitas. Biasanya nyeri seperti tertusuk yang akan semakin memburuk dengan adanya batuk, bersin, membengkokkan badan, mengangkat, defekasi, mengangkat kaki. Keterbatasan untuk mobilisasi atau membungkuk kedepan.
- h. Pemeriksaan fisik
- Pemeriksaan fisik focus hernia yaitu pemeriksaan abdomen meliputi:
- a. Inspeksi
Mengkaji tingkat kesadaran, perhatikan ada tidaknya benjolan, awasi tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, berubah bentuk)
 - b. Auskultasi
Bising usus jumlahnya melebihi batas normal >12 karena ada mual dan pasien tidak nafsu makan, bunyi nafas vesikuler, bunyi jantung sonor.
 - c. Perkusi

Kembung pada daerah perut, terjadi distensi abdomen

d. **Palpasi**

Turgor kulit elastis, palpasi daerah benjolan biasanya terdapat nyeri.

Intra Operasi

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin & Sari, 2009).

Post Operasi

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

a. **Pengkajian Awal**

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

1. Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
2. Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
3. Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
4. Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi peraan pasca operasi
5. Patologi yang dihadapi
6. Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
7. Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
8. Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

b. **Status Respirasi**

1. **Kontrol pernafasan**
 - a) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan

- b) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa
- 2. Kepatenan jalan nafas
 - a) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
 - b) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring
- 3. Status Sirkulasi
 - a) Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
 - b) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
 - c) Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi
- 4. Status Neurologi
 - a) Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
 - b) Mengkaji respon nyeri
- 5. Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi
- 6. Pemeriksaan fisik lain (head to toe)
 - i. Diagnosa Keperawatan
 - 1. Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi adalah :
 - a) Ansietas b.d Krisis Situasional
 - b) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis

- c) Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi (SDKI, 2017)

Rencana Intervensi

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

1) Ansietas b.d Krisis Situasional

Definisi : kondidi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit konsentrasi

Objektif :

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

- Mengeluh pusing
- Anoreksia
- Palpitasi
- Merasa tidak berdaya

Objektif

- Frekuensi napas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat
- Tekanan darah meningkat
- Diaphoresis
- Tremor

- Muka tampak pucat
- Suara bergetar
- Kontak mata buruk
- Berorientasi pada masa lalu

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik :

- Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih tehnik relaksasi

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

2) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- Mengeluh nyeri
- Objektif :
- Tampak meringis
- Bersikap protektif
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : -

Objektif :

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berfikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal

- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

3) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Definisi : ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif :

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :-

Objektif :

- Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- Menunjukkan perilaku berlebihan

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Teraupetik :

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2. Diagnosa yang sering muncul pada intra operasi adalah :

- a) Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan
- b) Risiko hipotermi b.d suhu lingkungan rendah (SDKI, 2017)

Rencana Intervensi :

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Risiko pendarahan b.d tindakan pembedahan

Definisi : berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Intervensi :

Observasi :

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor koagulasi

Teraupetik :

- Pertahankan bedrest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- Gunakan kasur pencegah dekubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi :

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

Definisi : beresiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal.

Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh

- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala hipotermia

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- Ganti pakaian atau linen yang basah
- Lakukan penghangatan pasif (misal : selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

3. Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah :

- a) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- b) Hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah (SDKI, 2017)

Rencana intervensi :

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah Intervensi :

1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

- Mengeluh nyeri

Objektif :

- Tampak meringis
- Bersikap protektif

- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : -

Objektif :

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berfikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaphoresis

Intervensi :

Observasi :

- Monitor efek samping penggunaan analgetik
- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Teraupetik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : relaksasi napas dalam, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)

- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*
- 2) Hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

Definisi : suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh.

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :-

Objektif :

- Kulit teraba dingin
- Menggigil
- Suhu tubuh dibawah nilai normal

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :-

Objektif :

- Akrosianosis
- Bradikardi
- Dasar kuku sianotik
- Hipoglikemia
- Pengisian kapiler >3 detik
- Konsumsi oksigen meningkat
- Ventilasi menurun

- Piloereksi
- Takikardia
- Vasokonstriksi perifer

Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Edukasi :

- Anjurkan makan/minum hangat

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Hernia merupakan suatu keadaan menonjolnya isi usus suatu rongga melalui lubang (Oswari, 2000). Sedangkan menurut Muttaqin (2011), hernia adalah penonjolan sebuah organ, jaringan atau struktur melewati dinding rongga yang secara normal memang berisi bagian-bagian tersebut. Menurut Mansjoer (2000), hernia merupakan masuknya organ kedalam rongga yang disebabkan oleh prosesus vaginalis berobliterasi. 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 menonjol 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.

2. Klasifikasi

Macam-macam hernia menurut Nanda NIC-NOC (2015) :

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

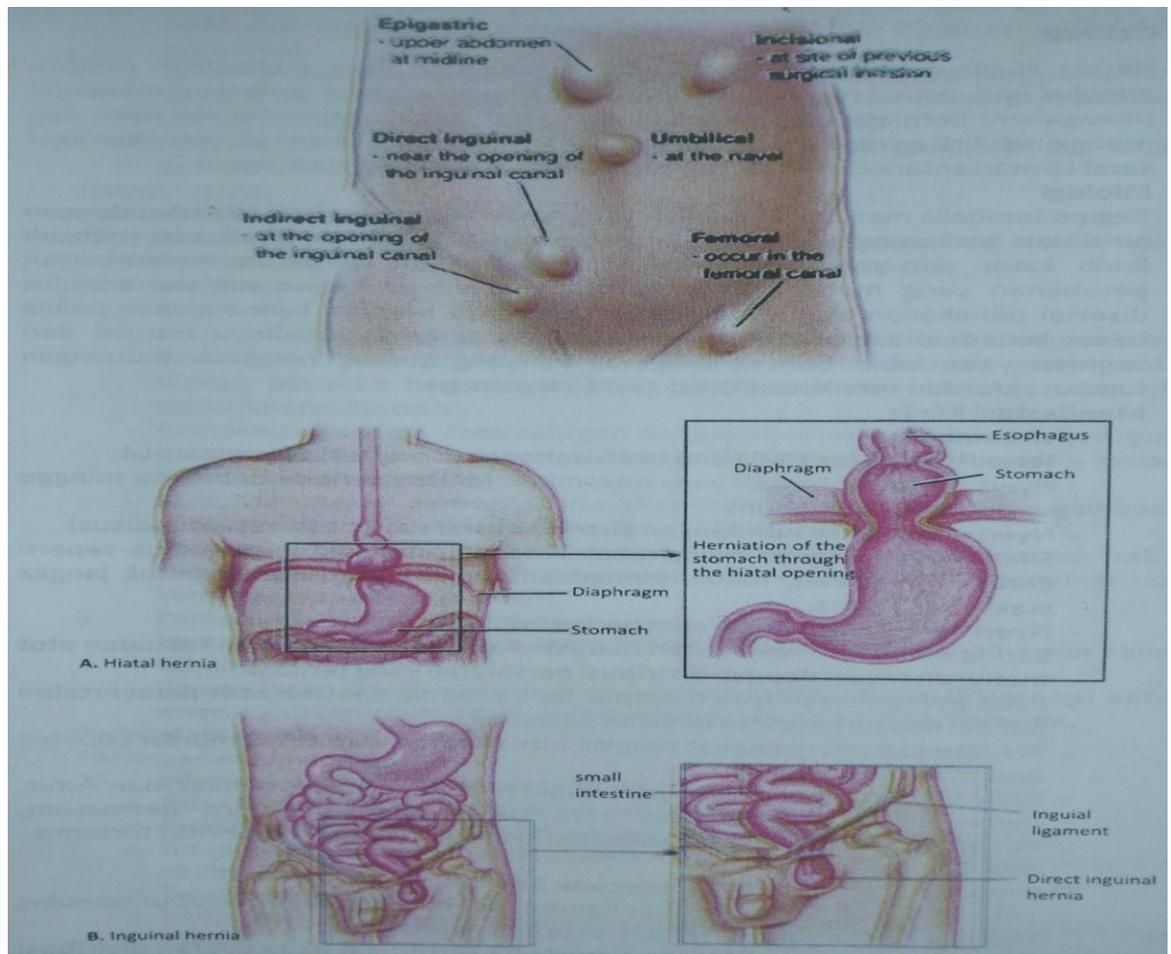
inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos kebawah melalui celah. Jika terasa ada benjolan dibawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lenih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.

5. Hernia femoralis muncul sebagai tonjolan dipangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkang 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 belakangada 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.
- 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
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
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.

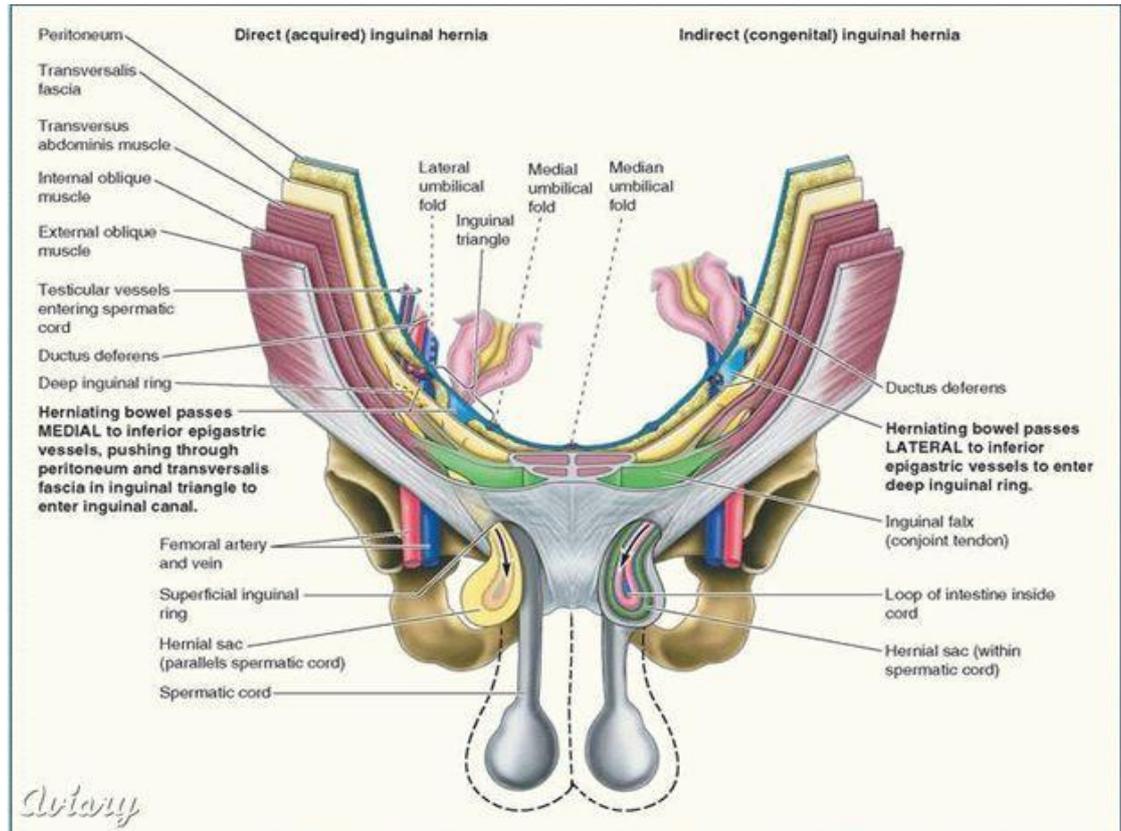
3. Hernia strangulata/ inkarserata

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
Sumber Nanda NIC-NOC (2015)

3. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.2 Anatomi Hernia

Sumber: Mansjoer (2000)

Otot-otot dinding perut dibagi empat yakni musculus rectus abdominis, musculus, obliquus abdominis internus, musculus transversus abdominis. Kanalis inguinalis timbul akibat descensus testiculorum, dimana testis tidak menembus dinding perut melainkan mendorong dinding ventral perut ke depan. Saluran ini berjalan dari kranio-lateral ke medio-kaudal, sejajar ligamentum inguinalis, panjangnya : ± 4 cm (Brunner & Suddarth, 2000).

Kanalis inguinalis dibatasi di kraniolateral oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis di medial bawah, di atas tuberkulum pubikum. Kanal ini dibatasi oleh anulus eksternus. Atap ialah aponeurosis musculus ablikus eksternus dan didasarnya terdapat ligamentum inguinal. Kanal berisi tali sperma serta sensitibilitas kulit regio inguinalis, skrotum dan sebagian kecil kulit,

tungkai atas bagian proksimal (Martini, H 2001).

Dalam keadaan relaksasi otot dinding perut, bagian yang membatasi anulus internus turut kendur. Pada keadaan itu tekanan intra abdomen tidak tinggi dan kanalis inguinalis berjalan lebih vertikal. Sebaiknya bila otot dinding perut berkontraksi kanalis inguinalis berjalan lebih transversal dan anulus inguinalis tertutup sehingga dapat mencegah masuknya usus ke dalam kanalis inguinalis. Pada orang yang sehat ada tiga mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur muskulus oblikus internus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi dan adanya fascia transversal yang kuat yang menutupi triganum hasselbaeh yang umumnya hampir tidak berotot sehingga adanya gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis.

4. Etiologi

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

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

5. Tanda dan Gejala

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

- a. Berupa benjolan keluar masuk/ keras dan yang tersering tampak benjolan dilipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila lelah ada 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 darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmaatika 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

6. Patofisiologi

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti tekanan pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau perpindahan bagian usus ke daerah otot abdominal. Tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak cukup kuat pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi pada proses perkembangan yang cukup lama, pembedahan abdominal dan kegemukan. Pertama-tama terjadi kerusakan yang sangat kecil pada dinding abdominal, kemudian terjadi hernia. Karena organ-organ selalu saja melakukan perjalanan yang berat dan berlangsung dalam waktu yang cukup lama sehingga terjadilan penonjolan dan mengakibatkan kerusakan yang sangat parah sehingga

akhirnya menyebabkan kantung yang terdapat dalam perut menjadi atau mengalami kelemahan jika suplai darah terganggu maka berbahaya dan dapat menyebabkan gangren (Oswari, 2000).

Pembedahan sering dilakukan terhadap hernia yang besar atau terdapat resiko tinggi akan terjadi komplikasi. Akibat dari keadaan post operatif seperti peradangan, edema, dan pendarahan, sering terjadi pembengkakan skrotum setelah perbaikan hernia. Komplikasi ini sangat menimbulkan rasa nyeri dan pergerakan apapun akan membuat pasien tidak nyaman. Peradangan tersebut menyebabkan vasokonstriksi vaskuler sehingga aliran darah menjadi berlebihan dan menekan sistem syaraf (Long, 2001).

Hernia inguinalis dapat terjadi karena kongenital atau karena sebab yang didapat. Insiden hernia meningkat dengan bertambahnya umur karena meningkatnya penyakit yang meninggikan tekanan intra abdomen dan jaringan penunjang berkurang kekuatannya. Dalam keadaan relaksasi otot dinding perut, bagian yang membatasi anulus internus turut kendur. Pada keadaan ini tekanan intra abdomen tidak tinggi dan kanalis inguinalis berjalan lebih vertikal. Bila otot dinding perut berkontraksi kanalis inguinalis berjalan lebih transversal dan anulus inguinalis tertutup sehingga dapat mencegah masuknya usus ke dalam kanalis inguinalis.

Pada orang dewasa kanalis tersebut sudah tertutup, tetapi karena kelemahan daerah tersebut maka akan sering menimbulkan hernia yang disebabkan keadaan peningkatan tekanan intra abdomen (Nettina, 2001).

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Suratun (2010), 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.

- a. Sinar X abdomen menunjukkan kadar gas dalam usus / abstruksi usus.
- b. Laparoscopi, untuk menentukan adanya hernia inguinal lateralis apakah ada sisi yang berlawanan atau untuk mengevaluasi terjadi hernia berulang atau tidak.
- c. Pemeriksian darah lengkap, hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih (Leukosit : >10.000– 18.000/mm³)

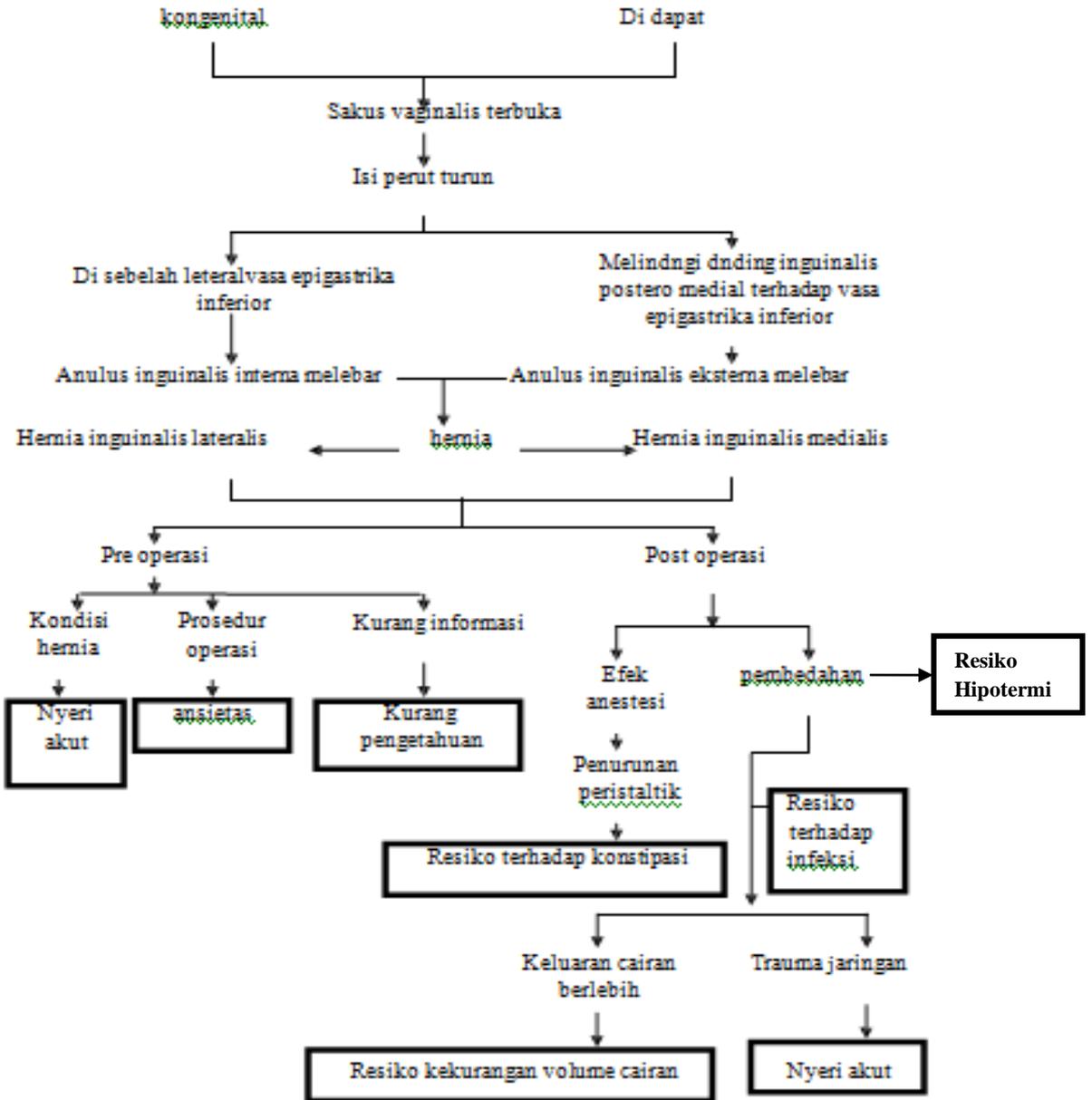
8. Komplikasi

Grace (2007), menyebutkan 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.

9. WOC (Web Of Caution)



Sumber : Mansjoer (2000)

10. Penatalaksanaan

Grace (2007), mengatakan 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.
- a. 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
- b. 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.

D. Jurnal Terkait

Penelitian Arif Kurniawan, Yunie Armiyati dan Rahayu Astuti yang berjudul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan Preoperasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Hernia Di RSUD Kudus" menyatakan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan preoperasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Kudus. Berdasarkan hasil statistic diperoleh nilai dari hasil uji *T Dependent/ Paired T-Test* untuk pengaruh pendidikan kesehatan preoperasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi menunjukkan *p value* 0,000. Hal tersebut berarti nilai signifikan lebih kecil daripada 0,05 yang menunjukkan bahwa adanya perbedaan yang signifikan, dimana sebelum diberikan pendidikan kesehatan tingkat cemas sedang yaitu sebanyak 11 orang (73,3%), sedangkan yang mengalami cemas ringan hingga berat masing-masing sebanyak 2 orang (13,3%). Sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan tingkat cemas ringan yaitu 8 orang (53,3%), sedangkan cemas sedang 5 orang (33,3%) dan yang tidak cemas 2 orang (13,3%).

Penelitian Rini Minarsih yang berjudul "Efektifitas Pemberian Elemen Penghangat Cairan Intravena Dalam Menurunkan Gejala Hipotermi Pasca Bedah" dengan metode *Quasi exsperiment research* dengan sampel sebanyak 13 orang kelompok perlakuan dan 13 orang kelompok kontrol. Kelompok perlakuan menggunakan selimut dan elemen penghangat cairan intravena, dan kelompok kontrol menggunakan selimut saja. Peneliti menyatakan bahwa pada menit ke 60 pasca perlakuan, 100% responden kelompok perlakuan suhu tubuhnya normal, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 7,7% responden yang suhu tubuhnya menjadi normal. Hasil uji t-test menunjukkan derajat signifikansi (P) = 0,000 pada menit 10, 30 dan 60 pasca perlakuan. Hasil ini terjadi karena pada kelompok perlakuan, responden mendapatkan intervensi pemanasan internal aktif (elemen penghangat cairan intravena) dan pemanasan eksternal aktif (pakaian selimut), sedangkan pada kelompok kontrol, responden hanya mendapat intervensi pemanasan eksternal aktif.

Penelitian Madesti Vindora dkk yang berjudul "Perbandingan Efektifitas Tehnik Distraksi Dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien

Post Operasi Hernia Di RSUD Menggala Tahun 2013” menyatakan bahwa ada perbedaan efektivitas tehnik distraksi dan relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pasien post operasi hernia. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t-independent diperoleh *p value* $0,001 < \alpha 0,05$. Hal tersebut berarti nilai signifikan lebih kecil daripada 0,05 yang menunjukkan bahwa adanya perbedaan yang signifikan, dimana rata-rata intensitas nyeri sebelum tehnik distraksi 5,11 dengan standar deviasi 0,908 sedangkan intensitas nyeri sebelum tehnik relaksasi 5,38 dengan standar deviasi 0,852. Rata-rata intensitas nyeri sesudah tehnik distraksi 3,11 dengan standar deviasi 0,908 sedangkan intensitas nyeri sesudah tehnik relaksasi 4,192 dengan standar deviasi 0,895.