

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Proses Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada asuhan keperawatan dengan masalah nyeri data yang disimpulkan perawat dari pasien dengan kemungkinan hernia inguinalis meliputi riwayat kesehatan seperti:

- a. Keluhan utama: pasien biasanya mengeluh nyeri disekitar area kemaluan (selangkangan). Timbul keluhan nyeri pada area tersebut mungkin beberapa jam kemudian. Sifat keluhan nyeri yang dirasakan terus menerus, dapat hilang timbul dalam waktu yang lama.
- b. Riwayat kesehatan sekarang: selain mengeluh nyeri di area luka yang dioperasi, pasien tampak meringis dan gelisah.
- c. Riwayat kesehatan masa lalu: biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan pasien sekarang, bisa juga penyakit ini sudah dialami oleh pasien sebelumnya, kemungkinan mengalami kondisi yang sama disisi lain dan akan membesar.
- d. Penyakit kesehatan keluarga: pasien yang memiliki keluarga dengan riwayat hernia kemungkinan akan mengalami penyakit ini lebih besar.
- e. Pola pengkajian nutrisi dan cairan, pola pengkajian eliminasi, pola pengkajian aktivitas dan istirahat dan pemeriksaan fisik (*head to toe*)

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (Tim Pokja DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien. Kemungkinan diagnosa keperawatan pasien dengan post op hernia inguinalis adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan
- d. Risiko infeksi
- e. Kurang perawatan diri
- f. Gangguan eliminasi BAB konstipasi

### 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin di capai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri dari tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosis keperawatan, merumusan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Keluhan meringis menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Frekuensi nyeri menurun</li> <li>- Frekuensi nadi menurun,</li> </ul>	<b>Manajemen nyeri</b> <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi</li> <li>- Kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <b>Teraupetik</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul> <p><b>Pemberian Analgetik</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi).</li> <li>- Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non narkotika, atau NASAID) dengan tingkat keparahan nyeri</li> <li>- Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik</li> <li>- Monitor efektivitas analgesik</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesic optimal, jika perlu</li> <li>- Pertimbangan penggunaan infus continu, atau bolus opionid untuk mempertahankan kadar dalam serum</li> <li>- Tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien</li> <li>- Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ul>
2	Gangguan	Setelah dilakukan	<b>Dukungan ambulasi</b>

	mobilitas fisik	<p>asuhan keperawatan maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</li> <li>- Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>- Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>- Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ul> <p><b>Dukungan mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>
3	Resiko infeksi	<p>setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bengkak menurun</li> <li>Kemerahan</li> </ol>	<p><b>Manajemen imunisasi/vaksin</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi</li> <li>- Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi</li> <li>- Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan pelayanan Kesehatan</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p>

		<p>menurun c. Nyeri menurun</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan suntikkan pada bayi dibagian paha anterolateral</li> <li>- Dokumentasi informasi vaksinasi</li> <li>- Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan, manfaat, resiko, yang terjadi, jadwal dan efek samping</li> <li>- Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah</li> <li>- Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah</li> <li>- Informasikan vaksin asi untuk kejadian khusus</li> <li>- Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi Kembali</li> <li>- Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin gratis</li> </ul> <p><b>Pencegahan infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistematis</li> </ul> <p><b>Teraupetik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi jumlah pengunjung</li> <li>- Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>- Ajarkan etika batuk</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ul>
--	--	-------------------------------------	---

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi proses atau promotif dilakukan setelah menyelesaikan tindakan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*) sebagai pola fikirnya.

- a. S: Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- b. O: Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

- c. A: Analisa data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi, atau muncul masalah baru.
- d. P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- a. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- b. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan.
- c. Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama 18 sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- d. Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

## **B. Konsep Kebutuhan Dasar**

### **1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan dasar manusia merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan dasar manusia memiliki ciri yang bersifat heterogen, setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama akan tetapi karena perbedaan budaya dan kultur yang ada maka kebutuhan tersebut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan dengan prioritas yang ada, kemudian apabila terjadi kegagalan dalam memenuhi kebutuhan maka membuat manusia lebih berpikir dan bergerak untuk berusaha mendapatkannya. Kebutuhan dasar manusia menurut Virginia Henderson meliputi: (Hidayat & Uliyah, 2020)

- a. Bernafas secara normal
- b. Kebutuhan makan dan minum yang adekuat
- c. Kebutuhan eliminasi (buang air besar dan kecil)
- d. Kebutuhan bergerak dan mempertahankan posisi

- e. Kebutuhan tidur dan istirahat
- f. Kebutuhan pakaian yang tepat
- g. Kebutuhan mempertahankan temperatur suhu
- h. Kebutuhan untuk menjadikan bersih dan baik
- i. Kebutuhan menghindari kerusakan lingkungan atau injuri
- j. Kebutuhan berkomunikasi dengan orang lain termasuk mengekspresikan keinginan, emosi
- k. Kebutuhan keyakinan atau kepercayaan
- l. Kebutuhan bekerja
- m. Kebutuhan bermain dan berpartisipasi dalam rekreasi
- n. Kebutuhan belajar menemukan kegunaan untuk perkembangan dan fasilitas Kesehatan

Kebutuhan dasar manusia diatas dapat diklasifikasikan menjadi empat komponen, yaitu komponen biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Kebutuhan dasar pada poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis (Aulia, 2018). Poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis. Lalu pada poin 11 termasuk komponen spiritual. Sedangkan poin 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis (Potter & Perry, 2006).

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*safety and security needs*) Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkatkan. Jika tidak terpenuhi, maka akan timbul rasa cemas dan takut sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan lainnya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Kenyamanan harus dipandang secara *holistic* yang mencakup empat aspek, yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial



- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan)
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna dan unsur alamiah lainnya

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh pasien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan.

## **2. Konsep kebutuhan rasa nyaman akibat nyeri**

### **a. Pengertian Aman Nyaman**

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial.

Kenyamanan dibagi menjadi tiga yaitu:

- 1) Kenyamanan fisik: merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik
- 2) Kenyamanan lingkungan: merupakan rasa sejahtera atau nyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- 3) Kenyamanan sosial: merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasa nyaman dengan situasi sosialnya

### **b. Pengertian Nyeri**

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Teori Nyeri

1) Teori pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2) Teori pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3) Teori pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas subtansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat subtansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang lanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada *nociceptor* memulai transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-

implus pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-implus pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

d. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Proses berikutnya yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya.

e. Klasifikasi Nyeri

1) Jenis Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu;

- a) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- b) Nyeri viseral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
- c) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri, dibagi menjadi 2.
  - 1. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus.
  - 2. Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

## 2) Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 2.2 Bentuk Nyeri

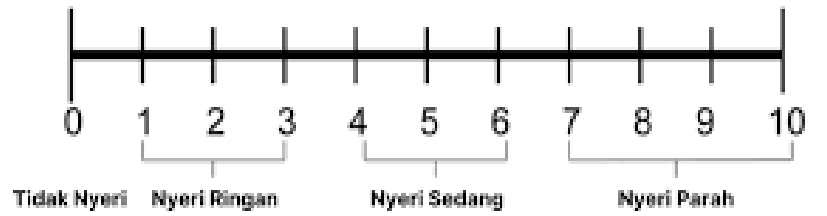
Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

## f. Pengukuran Intensitas Nyeri

### 1) Skala nyeri menurut *Hayward*

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skal menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Gambar 2.1 Skala Nyeri Menurut Hayward



Haswita, 2017

## 2) Skala Nyeri Menurut Mc Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Skala nyeri menurut Mc Gill dapat dituliskan sebagai berikut:

0 = Tidak nyeri In

1 = Nyeri ringan

2 = Nyeri sedang

3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

## 3) Skala wajah atau wong baker *faces rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.

Gambar 2.2 Skala Wajah



g. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2) Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan dite mukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki me nerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

### 3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

### 4) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

### 5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

### 6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

### 7) Pengalaman Terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimana pun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

## 8) Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di Rumah Sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus pasien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Pasien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mendukung pasien dan menurunkan nyeri pasien. Sumber koping lebih dari sekadar metode teknik. Seorang pasien mungkin tergantung pada dukungan emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

## 9) Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mendukung, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri.

### h. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri yang sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang dirasakan sangat berbeda dirasakan dalam dua orang yang



berbeda. Intensitas nyeri seseorang dapat diukur dengan menggunakan skala nyeri. Skala nyeri tersebut adalah:

1) *Visual analog scale* (VAS)

*Visual analog scale* adalah alat ukur lainnya yang digunakan untuk memeriksa intensitas nyeri dan secara khusus meliputi 10-15 cm garis, dengan ujung kiri diberi tanda “*no pain*” dan ujung kanan diberi tanda “*bad pain*”. VAS merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberikan pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan keparahan nyeri yang lebih sensitive karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkain dari pada dipaksa memilih satu angka atau satu kata (Potter & Perry, 2006).

2) *Numeral rating scale* (NRS)

Suatu alat ukur yang meminta pasien untuk menilai rasa nyerinya sesuai dengan level intensitas nyerinya pada skala numeral dari 0-10. Angka 0 berarti “*no pain*” dan 10 berarti “*severe pain*” (nyeri hebat). *Numeric rating scale* lebih digunakan sebagai alat pendeskripsi kata. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Ketika menggunakan *numeric rating scale*, skala 0-3 mengidentifikasi skala ringan, 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 nyeri hebat (Potter & Perry, 2010).

3) *Fases pain score*

Terdiri dari 6 gambar skala wajah kartun yang bertingkat dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” sampai wajah yang berlinang air mata untuk “nyeri paling buruk”. Metode pengukuran skala nyeri ini digunakan untuk pasien anak dan pemeriksa yang menentukannya.

### C. Konsep Dasar Keperawatan Perioperative

Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan. Kebanyakan prosedur bedah dilakukan di kamar operasi Rumah Sakit, meskipun beberapa prosedur yang lebih sederhana tidak memerlukan hospitalisasi dan dilakukan di klinik-klinik bedah dan unit bedah ambulatori.

Individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anestesi atau pembiusan yang meliputi anestesi lokal, regional atau umum.

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, intraoperative phase dan post operative phase*. Masing masing fase di mulai 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 dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan.

Berikut adalah gambaran umum masing-masing tahap dalam keperawatan perioperatif yaitu:

1. Fase pra operatif, dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.
2. Fase intra operatif, dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan, pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV catheter, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan

menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

3. Fase pasca operatif, dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini, pada fase ini, fokus pengkajian meliputi efek agen 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.

Keperawatan preoperatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini hal ini disebabkan fase ini merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologi sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi

Keperawatan *post operatif* adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman. Upaya yang dapat dilakukan diarahkan untuk mengantisipasi dan mencegah masalah yang kemungkinan muncul pada tahap ini.

Pengkajian dan penanganan yang cepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di Rumah Sakit

atau membayakn diri pasien. Memperhatikan hal ini, asuhan keperawatan post operatif sama pentingnya dengan prosedur pembedahan itu sendiri.

#### D. Konsep Penyakit

##### 1. Pengertian

Hernia adalah suatu benjolan/penonjolan isi perut dari rongga normal mulai lubang congenial atau didapat (Wijayaningsih, 2013). Hernia inguinalis paling umum, *visera* menonjol ke dalam *kanalis inguinal* pada titik dimana tali spermatic muncul pada pria, dan sekitar ligament wanita. *Hernia inguinal indirek* lengkung usus keluar melalui *kanalis inguinal* dan mengikuti kordo *spermatikus* pada pria dan *ligament* sekitar pada wanita, ini akibat dari gagalnya proses *vaginalis* untuk menutup sebelah testis turun ke dalam skrotum, atau fiksasi ovarium. *Hernia inguinalis* direk lengkung usus keluar melalui *kanalis inguinalposterior* (Diyono & Mulyani,2013).

Hernia inguinalis adalah hernia yang terjadi dilipatan paha. Jenis ini merupakan yang sering dikenal dengan istilah turun berok atau burut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan diselangkangan atau skrotum. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos kebawah melalui celah hernia tipe ini sering terjadi pada laki laki dari pada perempuan (Huda & Kusuma,2015)

Hernia inguinalis merupakan penonjolan bagian organ dalam melalui pembukaan yang abnormal pada dinding rongga tubuh yang mengelilinginya (Bilotta, 2012). Hernia inguinalis lateralis (HIL) adalah muncul benjolan di regio inguinalis yang berjalan dari lateral ke medial, tonjolan berbentuk lonjong (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012)

##### 2. Anatomi dan fisiologi

Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot otot multilaminar, yang berhubungan dengan *aponeurosis*, fascia, lemak, dan, pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan *fasia oblik* yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan *aponeurosis* (muttaqin, 2011)

Otot *tranversus abdominis* adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah Hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeurotik tranversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberkulum dan SIAS (*Spina Iliaca Anterior Superior*). *Kanalis inguinalis* dibatasi di kraniolateral oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fasia tranversalis dan aponeurosis muskulus tranversus abdominis, pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis muskulus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat aponeurosis muskulus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligamen inguinalis (Muttaqin, 2011).

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya Hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari *muskulus oblikus internus abdominis* yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan adanya fasia tranversalis yang kuat menutupi trigonum *Hasselbach* yang umumnya hampir tidak berotot, pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya Hernia inguinalis (Muttaqin, 2011).

### 3. Etiologi

Menurut Suratun dan Lusianah (2010) etiologi terjadinya hernia inguinalis lateral yaitu:

#### a. Defek dinding otot abdomen

Hal ini dapat terjadi sejak lahir (kongenital) atau didapat seperti usia, keturunan, akibat dari pembedahan sebelumnya.

#### b. Peningkatan tekanan intra abdominal

c. Penyakit paru obstruksi menahan (batuk kronik), kehamilan, obesitas. Adanya Benignus Prostat Hipertropi (BPH), sembelit, mengejan saat defekasi dan berkemih, mengangkat beban terlalu berat dapat meningkatkan tekanan intraabdominal.

#### 4. Patofisiologi

*Hernia inguinalis lateralis indicecta* sebagian besar ada fakta kongenital dengan adanya penojolan dari proesus vaginalis peritoneal. Semua keadaan yang menyebabkan kenaikan tekanan intra-abdomen seperti kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat beban berat, mengejan saat defekasi, dan mengejan saat defekasi, dan mengejan saat miksi, misalnya akibat hipertrofi prostat dan menjadi pencetus terjadinya hernia. Kanalis inguinalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus, pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritoneum ke daerah skrotum, sehingga terjadi penonjolan peritoneum ke daerah skrotum disebut dengan prosesus vaginalis peritonei (Diyono & Mulyani, 2013)

Bayi baru lahir, umumnya proses ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut, namun dalam beberapa hal sering kali kanali sini tidak tertutup, karena testis turun terlebih dahulu, maka *kanalis inguinalis* lebih sering terbuka, maka yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia dua bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak dapat mengalami obliterasi) akan timbul *Hernia inguinalis lateralis abuisita*. Keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intraabdominal adalah kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengangkat beban berat, mengejan pada saat miksi, misalnya akibat *hipertropi prostat* (Iyono & Mulyani, 2013).

#### 5. Manifestasi klinis

Menurut Suratn dan Lusianah (2010) manifestasi klinis hernia inguinalis lateral yaitu:

- a. Tampak adanya benjolan dilipat paha atau perut bagian bawah dan benjolan bersifat temporer yang dapat mengecil dan menghilang yang disebabkan oleh keluarnya suatu organ.
- b. Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan nyeri di tempat tersebut disertai perasaan mual.

- c. Nyeri yang diekspresikan sebagai rasa sakit dan sensasi terbakar. Nyeri tidak hanya didapatkan di daerah inguinal tapi menyebar ke daerah panggul, belakang perut, dan daerah genital yang disebut referred pain. Nyeri biasanya meningkat dengan durasi dan insensitas dari aktivitas atau kerja yang berat. Nyeri akan mereda atau menghilang jika istirahat. Nyeri akan bertambah hebat jika terjadi strangulasi karena suplai darah ke daerah hernia terhenti sehingga menjadi merah dan panas.
  - d. Kandung kemih berisi sehingga menimbulkan gejala sakit saat berkemih (dysuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
  - e. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.
6. Pemeriksaan penunjang

Menurut Suratun dan Lusianah (2010) pemeriksaan diagnostik pada pasien hernia inguinalis lateral yaitu:

- a. Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukkan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit), ketidakseimbangan elektrolit. Pemeriksaan koagulasi darah: mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau post operasi.

- b. USG abdomen pada regio inguinalis dextra dan sinistra

Membedakan masa di paha atau dinding perut, sumber pembengkakannya, dan membedakan jenis-jenis hernia.

- c. Urinalisis

Diagnosis banding dengan sebab genitourinaria yang menyebabkan rasa sakit di daerah inguinal dan eritrosit (0-4/LPB) pada urin pasien ini merupakan akibat dari hipertrofi prostat jinak.

- d. Sinar x abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus

## 7. Komplikasi

Menurut Suratun dan Lusianah (2010) komplikasi yang mungkin terjadi pada hernia inguinalis lateral yaitu:

### a. Hernia berulang

Hernia ini terjadi akibat adanya kelemahan dinding otot sehingga muncul hernia baru di lokasi lain, misalnya dulu pernah hernia perut kiri dan sudah dioperasi sekarang muncul hernia baru di perut kanan.

### b. Obstruksi usus parsial atau total

Karena terjadinya perlengketan usus akibat hernia obstruksi usus parsial maupun total bisa terjadi di dalam usus halus atau, pada kasus obstruksi usus parsial, sedikit makanan atau cairan masih bisa melewati usus. Sedangkan pada kasus obstruksi usus total, tidak ada apa pun yang bisa melewati usus.

### c. Luka pada usus

Kematian jaringan usus akibat pasokan darah yang berhenti dapat memicu robekan pada dinding usus yang menyebabkan keluarnya isi usus ke rongga perut dan menyebabkan infeksi (peritonitis).

### d. Gangguan suplai darah ke testis jika pasien laki laki

Terjadi penekanan pada cincin hernia, akibatnya makin banyak usus yang masuk. Cincin hernia menjadi relatif sempit, maka timbul edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah.

### e. Perdarahan yang berlebihan

Penyakit hernia bila tidak segera diatasi dan diobati dapat mengakibatkan perdarahan yang diakibatkan semakin membesarnya usus yang keluar semakin besar.

### f. Infeksi luka bedah

Efek samping yang umum ditemui pasca operasi seperti infeksi luka operasi akibat adanya tekanan intraabdominal sehingga luka operasi yang terbuka kembali.



g. Fistel urin dan feses

Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi (lubangnya) usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel atau peritonitis sehingga peristaltik usus menurun mengakibatkan sembelit, pada pasien kadang-kadang ditemukan keluhan kencing berupa disuria karena buli-buli ikut membentuk dinding medial hernia.

8. Klasifikasi

Menurut Suratun dan Lusianah (2010) klasifikasi hernia inguinalis lateral terbagi menjadi:

a. Hernia lateral

Hernia ini terjadi melalui cincin inguinal dan melewati korda spermatis melalui kanalis inguinalis, dapat menjadi sangat besar dan sering turun ke skrotum. Umumnya terjadi pada pria. Benjolan tersebut bias mengecil, menghilang pada waktu tidur dan bila menangis, mengejan, mengangkat benda berat atau berdiri dapat tumbuh kembali.

b. Hernia medialis

Hernia ini melewati dinding abdomen di area kelemahan otot, tidak melalui kanal seperti pada hernia inguinalis dan femoralis indirek. Lebih umum terjadi pada lansia. hernia ini disebut direkta karena langsung menuju anulus inguinalis eksterna sehingga meskipun arteri inguinalis eksterna yang mudah mengecil bila pasien tidur. Karena besarnya defek pada dinding posterior maka hernia ini jarang menjadi *irreponible*.

9. Penatalaksanaan medis hernia inguinalis lateral

Antara lain:

a. Responsisi

Tindakan memasukkan kembali isi hernia ke tempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini hanya dapat dilakukan pada hernia reponibilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi.

Tindakan ini kadang dilakukan pada hernia irreponibilis apabila pasien takut operasi, yaitu dengan cara bagian hernia dikompres dingin, penderita diberi penenang valium 10 mg agar tertidur, pasien diposisikan trendelenberg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

b. Suntikkan

Setelah reposisi berhasil suntikkan zat yang bersifat sklerotik untuk memperkecil pintu hernia.

c. Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu hernia relatif kecil. Umumnya tindakan operatif merupakan tindakan satu-satunya yang rasional.

d. Pengobatan konservatif

Terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis yang mengalami strangulasi, kecuali pada pasien anak-anak. Reposisi dilakukan secara bimanual. Tangan kiri memegang isi Hernia membentuk corong sedangkan tangan kanan mendorong ke arah cincin hernia dengan tekanan lambat tapi menetap sampai terjadi reposisi. Reposisi dilakukan dengan menidurkan anak dengan pemberian sedatif dan kompres es di atas hernia. Bila reposisi ini berhasil anak disiapkan untuk operasi besok harinya. Jika reposisi hernia tidak berhasil, dalam waktu enam jam harus dilakukan operasi segera.

e. Pengobatan operatif

Pengobatan operatif merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis yang rasional. Indikasi operatif sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Prinsip dasar operasi hernia terdiri dari herniotomy dan hernioraphy.

f. Herniotomy

Dilakukan pembebasan kantong hernia sampai kelehernya, kantong dibukakan isi hernia dibebaskan kalau adaperlengketan,

kemudian reposisi kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu dipotong.

g. Hernioraphy

Dilakukan tindakan memperkecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

1) Diet dan activity

Activity: hindari mengangkat barang yang berat sebelum atau sesudah pembedahan. Diet: tidak ada diet khusus. Tetapi setelah operasi diet cairan sampai saluran gastrointestinal berfungsi lagi.

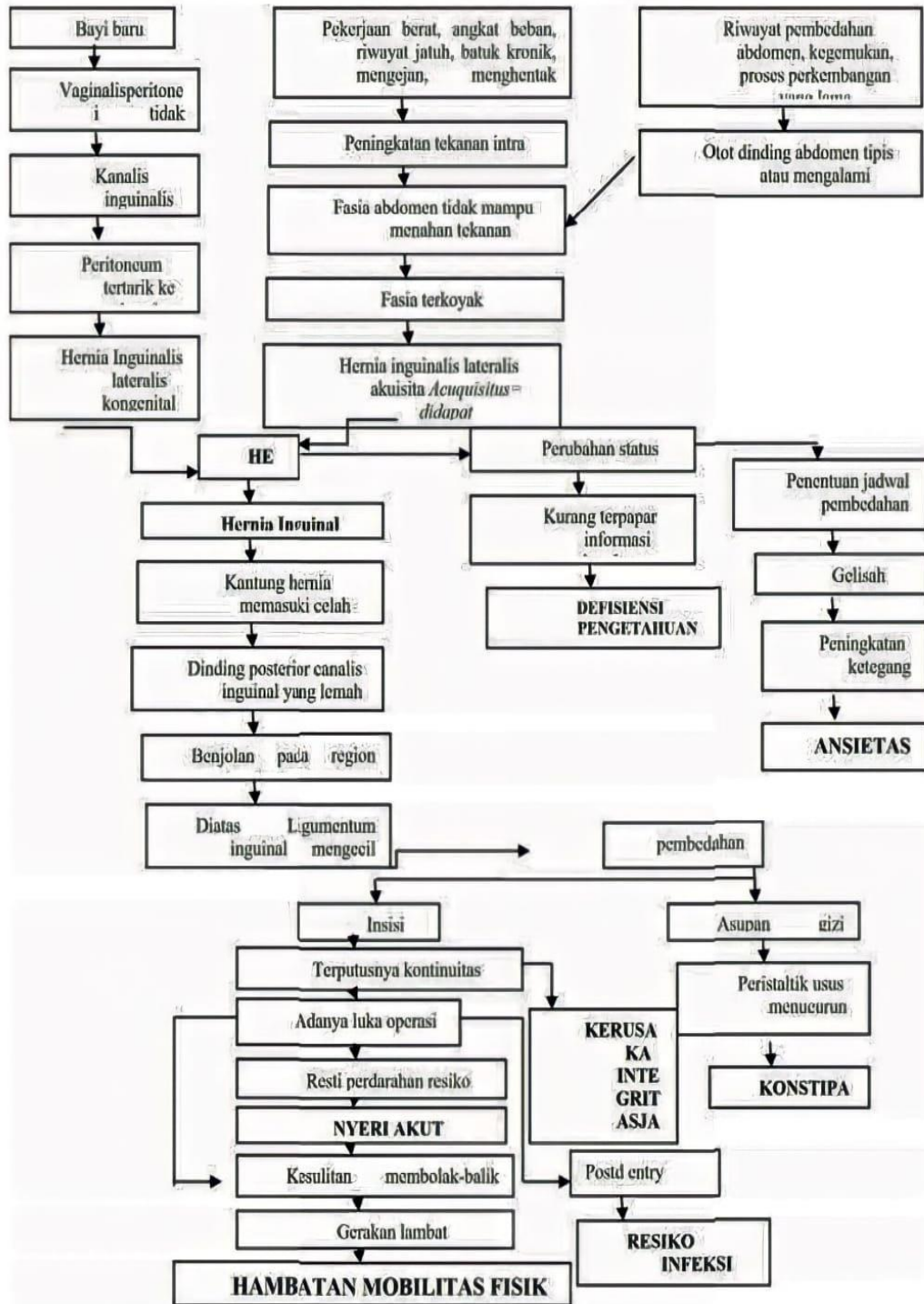
Kemudian makan dengan gizi seimbang. Tingkatkan masukan serat dan tinggi cairan untuk mencegah sembelit dan mengejan selama buang air besar. Hindari kopi, teh, coklat, minuman berkarbonasi, minuman beralkohol, dan setiap makanan atau bumbu yang memperburuk gejala.

2) Medikasi

Pengobatan dengan pemberian obat penawar nyeri, misalnya ranitidine, asetaminofen, dan cefotaxime 1gr juga antibiotik untuk membasmi infeksi ketorolac 30 mg injeksi, amoxicillin dan asam klavulanat, serta obat pelunak tinja untuk mencegah sembelit seperti dulcolax 10 mg suppositoria (Jitowiyono & Kristiyanasari 2012).

10. Pathway

Gambar 2.3 Bagan *patway* Hernia inguinalis lateralis



Sumber: Nurarif, Amin Huda & Kusuma Hardhi (2016).

## E. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.3 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Judul	Penulis	Tahun	Hasil
1	Asuhan keperawatan pada pasien dengan post operatif hernia inguinalis	Afdhal, Roma Sitio, Yeni Rimadeni Naylul Muna	2022	Hasil studi menunjukkan bahwa perawatan pasca operasi hernia adalah menilai status klinis pasien, termasuk tingkat kesadaran, mengkaji tingkat intensitas nyeri, memberikan analgesik, ambulasi di sisi tempat tidur, berdiri, dan ke kursi dan menyarankan pasien untuk menghindari batuk dan bersin.
2	Upaya penurunan nyeri melalui relaksasi genggam jari pada asuhan keperawatan pasien post operasi hernia	Bekti sulistyowati, cemy nur fitria, anik enikmawati	2019	Hasil studi kasus menunjukkan bahwa setelah mengajarkan teknik relaksasi genggam jari sebanyak 15x. Tn. P mengatakan skala nyeri awalnya 7 menjadi 2, Tn. L mengatakan skala nyeri 6 menjadi 1, Tn S mengatakan skala nyeri 6 menjadi 2
3	Pengaruh terapi distraksi music klasik terhadap intensitas nyeri pada pasien post oerasi hernia	Mifta hidayatul ifa, tri sakti wirotomo	2021	Dilihat dari p-value rata-rata p-value <0,05, hal ini menunjukkan bahwa terapi distraksi musik klasik berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi hernia