

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

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

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

Keperawatan perioperatif adalah praktik keperawatan yang akan dilakukan secara berkesinambungan sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, dan berakhir di ruang rawat post operasi. Hal ini dilakukan tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Maryunani, 2014).

Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011).

##### **2. Tahap-Tahap Pembedahan**

Tiga fase dalam proses pembedahan (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011) :

- a. Fase pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi. Aktifitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau actual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan praoperatif untuk klien dan orang terdekat klien.
- b. Fase intra operatif dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pasca operatif (PACU), yang juga disebut ruang pasca anastesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk kedalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.

- c. Fase pasca operatif dimulai saat klien masuk ke ruang pasca anestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pasca perioperative, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respon klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk memfasilitasi proses penyembuhan dan mencegah komplikasi, memberi penyuluhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan di rumah. Tujuannya adalah membantu klien mencapai status kesehatan yang paling optimal (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011). Peran perawat selama fase pasca operatif sangat penting terutama untuk pemulihan klien. Anestesi menghambat kemampuan klien untuk berespon terhadap stimulus lingkungan dan untuk membantu mereka sendiri. Selain itu, pembedahan itu sendiri dapat menyebabkan trauma pada tubuh dengan mengganggu mekanisme protektif dan homeostatis.

### 3. Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi dapat memberikan indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang diperlukan pasien.

Tabel 2.1 Klasifikasi Pembedahan (Potter & Perry, 2006)

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Minor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak resiko yang tinggi bagi kesehatan.	Bypass arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru dll.
	Mayor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil	Ekstraksi katarak, graft kulit, operasi plastik.

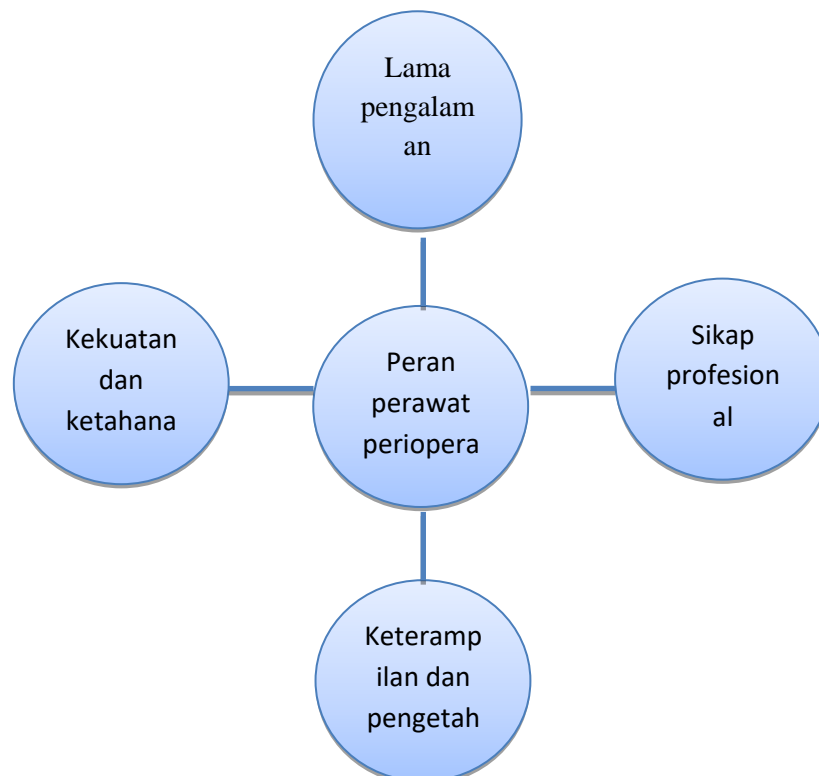
		daripada bedah mayor.	
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kantung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa	Perforasi apendiks, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.	Bioppsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkan.	Kolostomi, debridement jaringan nekrotik.
	Rekronstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami	Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan

	Transplantasi	malfungsi. Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	parut.  Cangkok ginjal, <i>total hip replacement</i> .
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

#### 4. Modalitas Manajemen Keperawatan Perioperatif

##### a. Peran Perawat Di Kamar Operasi

Pada praktiknya peran perawat perioperatif dipengaruhi berbagai faktor, yaitu sebagai berikut :



Gambar 2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Peran Perawat Perioperatif

**b. Peran Perawat Administratif**

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

**c. Peran Perawat Instrument**

Perawat *Scrub* atau yang dikenal di Indonesia sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan. Secara spesifik peran dan tanggung jawab dari perawat instrumen adalah sebagai berikut:

- a) Menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasinya
- b) Harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah
- c) Harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik
- d) Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi
- e) Harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan
- f) Dalam menangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan yang terkait
- g) Harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaian
- h) Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik selama pembedahan
- i) Menghitung kasa, jarum, benang, dan instrumen sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi (Muttaqin & Sari, 2009).

**d. Modalitas Perawat Instrumen**

Setiap perawat instrumen biasanya mengikuti pelatihan perawat instrumen khusus pada setiap jenis pembedahan. Hal ini dilakukan agar setiap perawat instrumen dapat seimbang pengetahuannya dan keterampilannya sehingga dapat berperan optimal. Peran perawat instrumen sangat mendukung optimal hasil pembedahan, kolaborasi dengan ahli bedah, dan menghindari resiko infeksi dengan menjalankan program pengendalian

infeksi nosokomial. Ada beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen dalam mempersiapkan instrumen bedah, yaitu : bahan jahitan, jarum jahit bedah, persiapan bahan insisi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (Muttaqin & Sari, 2009).

#### **e. Peran Perawat Anastesi**

Perawat anastesi adalah perawat dengan pendidikan perawat khusus anastesi, diploma anastesi, atau D-III Keperawatan yang mengikuti pelatihan asisten selama satu tahun. Di Indonesia, perawat anastesi lebih dikenal dengan sebutan penata anastesi.

#### **f. Peran Perawat Ruang Pemulihan**

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

#### **g. Manajemen Lingkungan Bedah**

Manajemen lingkungan bedah merupakan suatu prosedur penatalaksanaan pekerjaan yang menunjang kegiatan dalam kamar operasi dan perlu diperhatikan oleh perawat perioperatif. Ada berbagai hal yang mempengaruhi lingkungan bedah, antara lain : manajemen aseptis, manajemen sterilisasi dan desinfeksi instrumen, manajemen keamanan, pengendalian lingkungan dan konsep manajemen alat bedah listrik dan laser (Muttaqin & Sari, 2009).

#### **h. Manajemen Posisi Bedah**

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

### **i. Manajemen Hemostatis**

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

## **B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan**

Menurut Tarwono dan Wartonah (2010) dalam melakukan proses keperawatan, ada lima tahap dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan adalah sebagai berikut:

### **1. Proses Keperawatan Praoperatif**

#### **a. Pengkajian Fokus Praoperatif**

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama, mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali.

Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal sebagai berikut:

- 1) Status kesehatan pasien.
- 2) Kekuatan pasien dan masalah kesehatan yang dialami (aktual, risiko, atau potensial).

Data dapat diperoleh dari riwayat keperawatan, keluhan utama pasien, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang atau tes diagnostik. Riwayat keperawatan misalnya: riwayat kesehatan keluarga, riwayat penyakit sekarang, dan riwayat kejadian. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*) melalui teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan

auskultasi. Pemeriksaan penunjang misalnya hasil pemeriksaan laborototium, pemeriksaan radiologi, dan pemeriksaan biopsi.

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

- 1) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien. Alat Ukur Kecemasan dapat diukur dengan menggunakan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut dengan HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom terhadap individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptom yang tampak, dengan lima penilaian (0 = tidak ada gejala sama sekali, 1 = satu dari gejala yang ada, 2 = sedang atau separuh dari gejala yang ada, 3 = berat atau lebih dari setengah gejala yang ada dan 4 = sangat berat dan semua gejala ada), dan lima derajat kecemasan (skor kurang dari 14 menunjukkan tidak ada kecemasan, skor 14-20 kecemasan ringan, skor 21-27 kecemasan sedang, skor 28-41 kecemasan berat, dan skor 42- 56 kecemasan berat sekali/panik) (Hidayat, 2007).
- 2) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu maupun pemeriksaan head to toe.
- 3) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 4) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung atau tidak, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.



- 5) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur dan batuk secara tiba-tiba di kamar operasi.
  - 6) Sistem gastrointestinal
    - 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.
  - 7) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi atau tidak.
  - 8) Sistem saraf, bagaimana kesadaran pasien.
  - 9) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement.
  - 10) Kapter, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien memiliki alergi obat atau tidak.
- b. Pengkajian Diagnostik Pra Operatif
- 1) Data laboratorium penting yang perlu diperiksa adalah hemoglobin, leukosit, LED, kalium, natrium, albumin, bilirubin, hitung darah lengkap, dan gas darah arteri. Kadar albumin dibawah 3 g dapat mengganggu proses penyembuhan luka.
  - 2) Pemeriksaan EKG dan foto thoraks pada pasien lebih dari 40 tahun dilakukan untuk menyingkirkan adanya gangguan jantung dan tuberkulosis paru.
- c. Diagnosis Keperawatan Pra Operatif
- Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada

tanggung jawabnya. Diagnosis yang sering muncul pada fase pre operasi menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut:

- 1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

d. Rencana Intervensi Pra Operatif menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.2 Rencana Intervensi Pra Operatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
<p><b>Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional</b>            Definisi:            Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.</p> <p>DS dan DO yang mendukung:            DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa bingung</li> <li>• Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>• Sulit berkonsentrasi</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak gelisah</li> <li>• Tampak</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>• Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>• Perilaku gelisah menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor)</li> <li>• Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>• Monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal)</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>• Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>• Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Gunakan pendekatan</li> </ul>

<p>tegang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Frekuensi napas meningkat</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> <li>• Tremor</li> <li>• Muka tampak pucat</li> </ul>		<p>yang tenang dan meyakinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>• Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami</li> <li>• Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>• Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</li> <li>• Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>• Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>• Latih penggunaan</li> </ul>
--	--	---

		<p>mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih tehnik relaksasi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li> </ul>
<p><b>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis</b></p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>DS dan DO yang mendukung: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh nyeri</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>• Gelisah</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Tekanan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi 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> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik</li> </ul>

<p>darah meningkat</p>		<p>non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>• Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</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</li> </ul>
------------------------	--	---

		<p>tepat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
<p><b>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpaparnya Informasi</b></p> <p>Definisi: Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.</p> <p>DS dan DO yang mendukung: DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan masalah yang dihadapi</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran</li> <li>• Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</li> <li>• Menjalani pemeriksaan tidak tepat</li> <li>• Menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan,</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>• Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 18</li> <li>• Perilaku membaik.</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>• Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>• Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>• Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> <li>• Ajarkan</li> </ul>

agitasi, histeris).		perilaku hidup dan sehat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ul>
------------------------	--	--

e. Evaluasi Praoperatif

Kriteria yang diharapkan pada pembedahan herniotomy inguinalis, meliputi: kelancaran persiapan ( identitas , status rekam medik, data penunjang, *informed consent*) pembedahan optimal dilaksanakan, terdapat penurunan tingkat nyeri, terpenuhinya dukungan pra bedah dan pemenuhan informasi, serta kelengkapan alat dan sarana ( seperti benang, cairan intravena dan obat antibiotik profilaksis).

## 2. Proses Keperawatan Intra Operatif

a. Pengkajian Fokus Intra Operatif

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

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

- b. Diagnosis Diagnosis keperawatan pada fase intra operasi yang sering muncul menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :
- 1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
  - 2) Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah
  - 3) Resiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

Tabel 2.3 Rencana Intervensi Intra Operatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
<p><b>Risiko Perdarahan berhubungan dengan Tindakan Pembedahan</b></p> <p>Definisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh)</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelembapan membran mukosa meningkat</li> <li>• Kelembapan kulit meningkat</li> <li>• Perdarahan menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>• Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>• Monitor tanda-tanda vital ortostatik</li> <li>• Monitor output dan input cairan selama pembedahan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisikan pasien sesuai dengan indikasi pembedahan</li> <li>• Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai menggunakan kasa</li> <li>• Pastikan keamanan alat-alat yang digunakan selama prosedur operasi</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika</li> </ul>



		<p>perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ul>
<p><b>Risiko Hipotermi berhubungan dengan Suhu Lingkungan Rendah</b></p> <p>Definisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggigil menurun</li> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh</li> <li>• Identifikasi penyebab hipotermia, (Misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)</li> <li>• Monitor tanda dan gejala hipotermia</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)</li> <li>• Ganti pakaian atau linen yang basah</li> <li>• Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus</li> </ul>

		cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
<p><b>Risiko Cidera berhubungan dengan Proses Pembedahan</b></p> <p>Definisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kejadian cedera menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Frekuensi napas membaik</li> </ul>	<p>Obervasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan pengecekan daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi</li> <li>• Lakukan pengecekan integritas kulit</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan posisi pasien sesuai dengan indikasi pembedahan</li> <li>• Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, depper, dan hitung instrumen bedah</li> <li>• Lakukan time out</li> <li>• Lakukan sign out</li> </ul>

### 3. Proses Keperawatan Pascaoperatif

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

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

- b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah :
- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
  - 2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah
  - 3) Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis (SDKI, 2018)
- c. Rencana Intervensi menurut SDKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.4 Rencana Intervensi Post Operatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
<p><b>Nyeri Akut b.d Agen Pencidera Fisik</b>            Definisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</li> </ul> <p>DS dan DO yang mendukung:            DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh nyeri</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun 21</li> <li>• Sikap protektif menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>• Identifikasi skala nyeri</li> <li>• Identifikasi 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</li> </ul>

<p>protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelisah</li> <li>• Frekuensi nadi meningkat</li> <li>• Sulit tidur</li> <li>• Tekanan darah meningkat</li> </ul>		<p>respon nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin. )</li> <li>• Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)</li> <li>• Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>• Jelaskan strategi</li> </ul>
---	--	--

		<p>meredakan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>• Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian analgetik , jika perlu</li> </ul>
<p><b>Risiko Hipotermi Perioperatif b.d Suhu Lingkungan Rendah</b></p> <p>Definisi: Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36 °C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggigil menurun</li> <li>• Pucat menurun</li> <li>• Suhu tubuh membaik</li> <li>• Suhu kulit membaik</li> <li>• Pengisian kapiler membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor suhu tubuh</li> <li>• Identifikasi penyebab hipotermia, ( Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan )</li> <li>• Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi</li> </ul> <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan lingkungan yang hangat ( misal : atur</li> </ul>

		<p>suhu ruangan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)</li> <li>• Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)</li> </ul>
<p><b>Risiko Jatuh b.d Efek Agen Farmakologis</b> Definisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jatuh menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Frekuensi tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>• Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>• Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala</li> <li>• Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda</li> </ul>

		<p>atau sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>• Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>• Pasang handrall tempat tidur</li> <li>• Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>• Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> </ul>
--	--	---

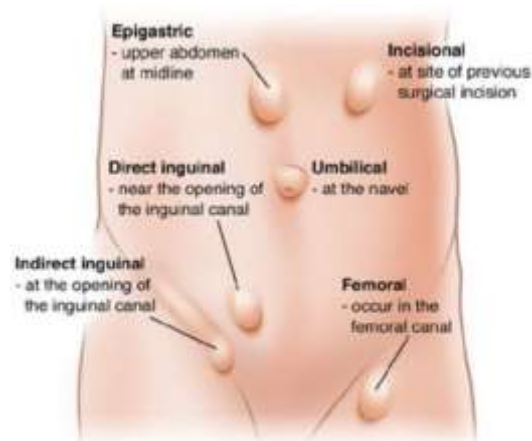
d. Evaluasi keperawatan pascaoperatif

Evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca operatif meliputi :

1. Kembalinya fungsi fisiologis pada seluruh sistem secara normal
2. Tidak terjadi komplikasi pasca bedah
3. Pasien dapat beristirahat dan memperoleh rasa nyaman
4. Tidak terjadi luka operasi
5. Hilangnya rasa cemas
6. Meningkatnya konsep diri pasien

## C. Tinjauan Konsep Penyakit Hernia Inguinalis

### 1. Anatomi dan Fisiologi Regio Inguinalis



Gambar 2.2 Anatomi Hernia Inguinalis

#### a. Regio Inguinalis

Regio inguinalis adalah area pertemuan antara dinding anterior abdomen dan regio femoralis. Di daerah ini, dinding abdomen lemah karena perubahan selama masa perkembangan dan saccus atau diverticulum peritoeaslis, dengan atau tanpa isi abdomen, dan karenanya dapat menyebabkan penonjolan yang disebut dengan hernia inguinalis. Regio Inguinalis terdiri dari beberapa lapisan diantaranya:

- 1) Kulit (kutis)
- 2) Jaringan sub kutis (Camper's dan Scarpa's) yang berisian lemak. Farisa ini memiliki dua bagian, superfisial (Camper) dan profundus (Scarpa). Bagian superfisial meluas ke depan dinding abdomen dan turun kesekitar penis, skrotum, perineum, paha, bokong. Bagian yang profundus meluas dari dinding abdomen ke arah penis (Fasia Buck).
- 3) Innominate fasia (Gallaudet): lapisan ini merupakan lapisan superfisial atau lapisan luar dari fasia mskulus obliquus eksternus. Sulit dikenal dan jarang ditemui.
- 4) Apponeurosis muskulus obliquus eksternus, termasuk ligamentum inguinale merupakan penebalan bagian bawah aponeurosis muskulus obliquus eksternus. Terletak mulai dari SIAS sampai ke ramus superior tulang publis. Lakunar merupakan paling bawah ligamentum inguinale dan dibentuk dai serabut tendon obliquus



eksternus yang berasal dari daerah sias. Ligamentum ini membentuk sudut kurang dari 45 derajat sebelum melekat pada ligamentum pektineal. Ligamentum ini membentuk pinggir medial kanalis femoralis. Ligamentum ini dibentuk dari serabut aponeurosis yang berasal dari crus inferior cincin externa yang meluas ke linea alba.

- 5) Muskulus transversus abdominis dan aponeurosis musculus obliquus internus, falx inguinalis (Henle) dan kojoin tendon.
- 6) Fasia transversalis dan aponeurosis yang berhubungan dengan ligamentum pectinea (Cooper), iliopubic tract, falx inguinalis dan fascia transversalis.
- 7) Preperitoneal connective tissue dengan lemak
- 8) Peritoneum
- 9) Superfisial dan deep inguinal ring.

Kelemahan yang ada di dinding anterior abdomen pada regio inguinalis ini dikarenakan oleh perubahan-perubahan yang terjadi selama perkembangan gonad. Sebelum testis dan ovarium turun dari posisi asalnya yang tinggi di dinding posterior abdomen, terbentuklah kantong keluar peritonium (prosesus vaginalis). Yang dilapisi oleh beberapa lapisan dinding anterior abdomen.

Selanjutnya prosesus vaginalis membentuk struktur tabung tubuler dengan penutup berlapis dari lapisan dinding anterior abdomen yang membentuk struktur dasar canalis inguinalis. Peristiwa akhir pada perkembangan ini adalah turunnya testis kedalam cavitas pelvis. Proses ini tergantung pada perkembangan gubernaculum, yang terbentang dari batas inferior gonad yang sedang berkembang sampai ke tonjol abioscrotalis di dalam perineum yang juga sedang berkembang.

Prosesus vaginalis berada tepat di anterior gubernaculum di dalam canalis inguinalis. Pada pria, ketika testis turun, testis dan vas deferens, duktus, dan nervi yang menyertainya melewati canalis inguinalis dan karenanya dikelilingi oleh lapisan-lapisan fascia yang sama dari dinding abdomen. Turunnya testis menyempurnakan pembentukan funiculus spermaticus pada pria. Pada wanita, ovarium turun kedalam vacitas

pelvis dan terkait dengan perkembangan uterus. Oleh karenanya, struktur yang melewati canalis inguinalis hanyalah ligamentum teres uteri, yang merupakan sisa gubernaculum.

Pada kedua jenis kelamin rangkaian perkembangan ini diakhiri saat prosesus vaginalis menutup. Jika tidak menutup atau tidak sempurna menutup. Kelemahan dapat terjadi di dinding anterior abdomen dan hernia inguinalis dapat terjadi.

#### b. Kanalis Inguinalis

Canalis inguinalis adalah suatu saluran sempit yang terbentang dengan arah ke bawah dan kemedial, tepat diatas dan paralel dengan separuh bagian bawah ligamentum inguinale. Struktur ini dimulai pada annulus inguinalis profundus dan berlanjut sampai kira-kira 4 cm, berakhir di annulus inguinalis superficialis. Isi canalis inguinalis adalah ramus genitalis nervus genitofemoralis, funiculus spermaticus pada pria, dan ligamentum teres uteri pada wanita. Selain itu, pada pria dan wanita, nervus ilioinguinalis berjalan melewati bagian canalis inguinalis, keluar melalui annulus inguinalis superficialis dengan isi yang lain.

##### 1) Annulus Inguinalis Profundus (Internal Ring)

Annulus inguinalis profundus adalah pintu permulaan canalis inguinalis dan berada pada titik pertengahan antara SIAS dan symphysis pubica. Struktur ini merupakan efek yang terbentuk 'U' pada fascia transversalis yang membentuk dinding posterior kanalis inguinalis. Annulus inguinalis terletak 1,25 cm diatas titik-tengah ligamentum inguinalis dan tepat di lateral vasa epigastrica inferior. Meskipun terkadang disebut lubang atau suatu kelemahan fascia transversalis, sesungguhnya struktur ini dimulai dengan evaginasi tubuler/atau tabung fascia transversalis yang membentuk salah satu penutup. (fascia spermatica interna) funiculus spermaticus pada pria atau ligamentum teres uteri pada wanita.

##### 2) Annulus Inguinalis Superficialis (Superficialis Ring)

Annulus inguinalis adalah satu efek triangunalis pada aponeurosis obikus eksternus abdominis. Struktur ini dibatasi oleh krura lateral

dan medial yang dibentuk oleh aponeurosis oblikus eksternus abdominis dan basis segitiga yang dibentuk oleh krista pubik. Seperti dengan annulus inguinalis profundus, annulus inguinalis superficialis sebenarnya merupakan permulaan evaginasi tubuler aponeurosis musculus obliquus externus abdominis kedalam struktur-struktur yang melewati canalis inguinalis dan muncul dari annulus inguinalis superficialis terusan jaringan yang lewat diatas funiculus spermaticus ini adalah fascia spermaticus externa.

### 3) Dinding Anterior Canalis Inguinalis

Seluruh dinding anterior canalis inguinalis terbentuk oleh aponeurosis musculus obliquus externus abdominis. Struktur ini juga diperkuat lateral oleh sabut-sabut bagian bawah musculus obliquus internus abdominis berasal dari 2/3 lateral ligamentum inguinale. Hal ini menambah penutup tambahan diatas annulus inguinalis, yang merupakan satu daerah potensi lemah pada dinding anterior abdomen. Terlebih lagi, selain musculus obliquus internus abdominis menutup annulus inguinalis profundus, struktur ini juga menyumbangkan suatu lapisan (fascia cremasterica yang berisi musculus cremaster) untuk menutupi struktur-struktur yang melewati canalis inguinalis.

### 4) Dinding Posterior Canalis Inguinalis

Dinding posterior canalis inguinalis terbentuk di sepanjang fascia transversalis. Dinding ini diperkuat di 1/3 medialnya oleh tendo conjunctivus. Tendo ini adalah insersi gabungan musculus transversus abdominis dan musculus obliquus internus abdominis kedalam crista pubicum dan linea pectinea. Seperti dengan penguatan musculus obliquus internus abdominis terdapat daerah annulus inguinalis profundus posisi tendo conjunctivus di sebelah posterior terhadap annulus inguinalis superficialis menyediakan tambahan penopang bagi daerah potensi lemah dinding anterior abdomen.

#### 5) Atap/Dinding Superior Canalis Inguinalis

Atap canalis inguinalis dibentuk oleh sabut-sabut melengkung musculus transversus abdominis dan musculus abliquus internus abdominis. Struktur ini berjalan dari titik lateral origonya dari ligamentum inguinale menuju perlekatan bersama di media/conjoint tendo/tendo conjunctivus.

#### 6) Dasar/Dinding Inferior Cnalis Inguinalis

Dasar (dinding inferior) canalis inguinalis dibentuk oleh separuh bagian medial ligamentum inguinale. Dasar yang menggulung di bawah, tepi bebas bagian terbawah aponeurosis musculus obliquus extermus abdominis ini membentuk parit atau saluran, tempat isi canalis inguinalis berada. Ligamentum lacunare memperkuat sebagian besar pars medialis parit ini.

Isi canalis inguinalis terdiri dari:

##### 1. Funiculus spermaticu pada pria

Dimulai dari proximal pada annulus inguinalis profundus dan berisi struktur-struktur yang berjalan di antara cavitas abdominopelvicum dan testis, dan tiga fascia penutup yang membungkus struktur-struktur ini. Struktur pada funiculus spermaticu memasuki inginalis profundud, berlanjut menuruni canalis inguinalis, dan keluar dari annulus superficialis, setelah mendapatkan tiga fascia penutup selama perjalanannya. Kumpulan struktur dan fascia ini berlanjut ke dalam scotum dan struktur-struktur ini berhubungan dengan testis dan fscia yang mengelilinginya.

##### 2. Ligamentum teres uteri

Ligamentum teres uteri adalah suatu struktur mirip pita yang berjalan dari uterus sampai annulus inginalis profundus, yang selanjutnya ligamentum ini memasuki kanalis inguinalis. Ligamentum ini berjalan turun melewati kanalis inginalis dan keluar melalui annulus inguinalis superficialis. Pada titik ini, ligamentum ini telah berubah dari struktur mirip pita menjadi struktur seperti beberapa lembar jaringan, yang melekat ke jaringan ikat terkait dengan labium majus pudendi. Saat

ligamentum ini melintasi canalis inguinalis, ligamentum ini mendapatkan lapisan penutup yang serupa dengan funiculus spermaticus pada pria.

### 3. Ramus genetalis nervus genitofermoralis pada wanita

Struktur ini memasuki canalis inguinalis melalui annulus inguinalis profundus dan keluar melalui annulus inguinalis superficialis. Lebih lanjut, nervus ilioinguinalis (LI) melewati bagian canalis inguinalis. Nervus ini adalah cabang plexus lumbalis, dan masuk ke dinding abdomen di posterior dengan menembus musculus obliquus internus abdominal. Saat berlanjut untuk melintas ke arah inferomedial, nervus ini masuk ke canalis inguinalis. Saraf ini terus menuruni canal dan keluar melalui annulus inguinalis superficialis.

## 2. Definisi

Hernia berasal dari kata lain yang berarti rupture. Hernia didefinisikan adalah suatu penonjolan abnormal organ atau jaringan melalui daerah yang lemah (defek) yang diliputi oleh dinding. Meskipun hernia dapat terjadi di bagian tempat dari tubuh kebanyakan defek melibatkan dinding abdomen pada umumnya (Muharam, 2017).

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 atau isi hernia. Berdasarkan terjadinya hernia dibagi atas hernia bawaan atau congenital dan hernia dapatan atau akuisita (Nurarif & Kusuma, 2015).

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutkan “ turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki – laki daripada perempuan (SDKI, 2018).

### 3. Klasifikasi

Klasifikasi hernia (Zakaria, 2020) yaitu:

a. Berdasarkan letaknya, hernia terdiri dari:

1) Hernia Hiatal

Adalah kondisi dimana kerongkongan (pipa tanggorokan) 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 terjadi dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk dibagian dinding perut yang relative lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.

3) Hernia Umbilikal

Berkembang didalam dan sekitar umbilicus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran dan tidak menutup sepenuhnya. Orang jawa sering menyebutnya “wudel bodong”. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), 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 ke bawah melalui celah. Ciri hernia ini ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.

5) Hernia Femoralis

Muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan 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 Nukleus Pulposi (HNP)

Adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap guncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena ktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus intervertebralis yang menyebabkan syaraf terjepit (sciatica). HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.

b. Berdasarkan terjadinya, hernia terbagi atas :

1) Hernia Bawaan (Kongenital)

Patogenesis pada jenis hernia inguinalis lateralis (indirek) : kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalisperitonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanal tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis congenital. Pada orang tua kanalis tersebut sudah tertutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra-abdomen meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

- 2) Hernia Dapatan atau Akuisita  
Acquisitus = didapat, yaitu hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.
- c. Menurut sifatnya, hernia dapat disebut :
- 1) Hernia reponibel/reducible, yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mendedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
  - 2) Hernia ireponibel, yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (*accretes* = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
  - 3) Hernia strangulate atau inkarserata (*incarceration* = terperangkap, carcer + penjara), yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berisi isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis “hernia inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai “hernia strangulate”. Hernia strangulate mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

#### 4. Etiologi

Menurut Rudin (2019) hal-hal yang menyebabkan terjadinya hernia adalah:

- a. Lemahnya dinding rongga perut. Dapat ada sejak lahir atau didapat kemudian dalam hidup.
- b. Akibat pembedahan sebelumnya.
- c. Congenital Bayi dilahirkan normal (kelainan belum tampak) tapi dia mempunyai defek pada tempat tertentu (predisposisi) dan beberapa



bulan (0-1 tahun) setelah lahir akan terjadi hernia melalui defek tersebut karena di 9 dipengaruhi oleh kenaikan tekanan intraabdominal (mengejan, batuk, menangis).

- d. Aquisal adalah hernia yang disebabkan karena adanya defek bawaan tetapi disebabkan oleh faktor lain yang dialami manusia selama hidupnya, antara lain:
- 1) Tekanan intraabdominal yang tinggi. Banyak di alami oleh pasien yang sering mengejan pada saat BAB maupun BAK.
  - 2) Distensi dinding abdomen karena peningkatan tekanan intraabdominal.

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

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

## 5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis hernia (Qadribah, 2017):

- a. Berupa benjolan keluar masuk/ keras dan yang sering tampak benjolan dilipat paha
- b. Adanya rasanyeri pada daerah benjolan bila isinya terjadi disertai perasaan mual
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi
- 12
- d. Bila terjadi hernia inguinalis stragulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing dara) disamping benjolan dibawah sela paha

- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar. (AMIN Huda Nurarif, S.Kep.,Ns)

## **6. Pemeriksaan Penunjang**

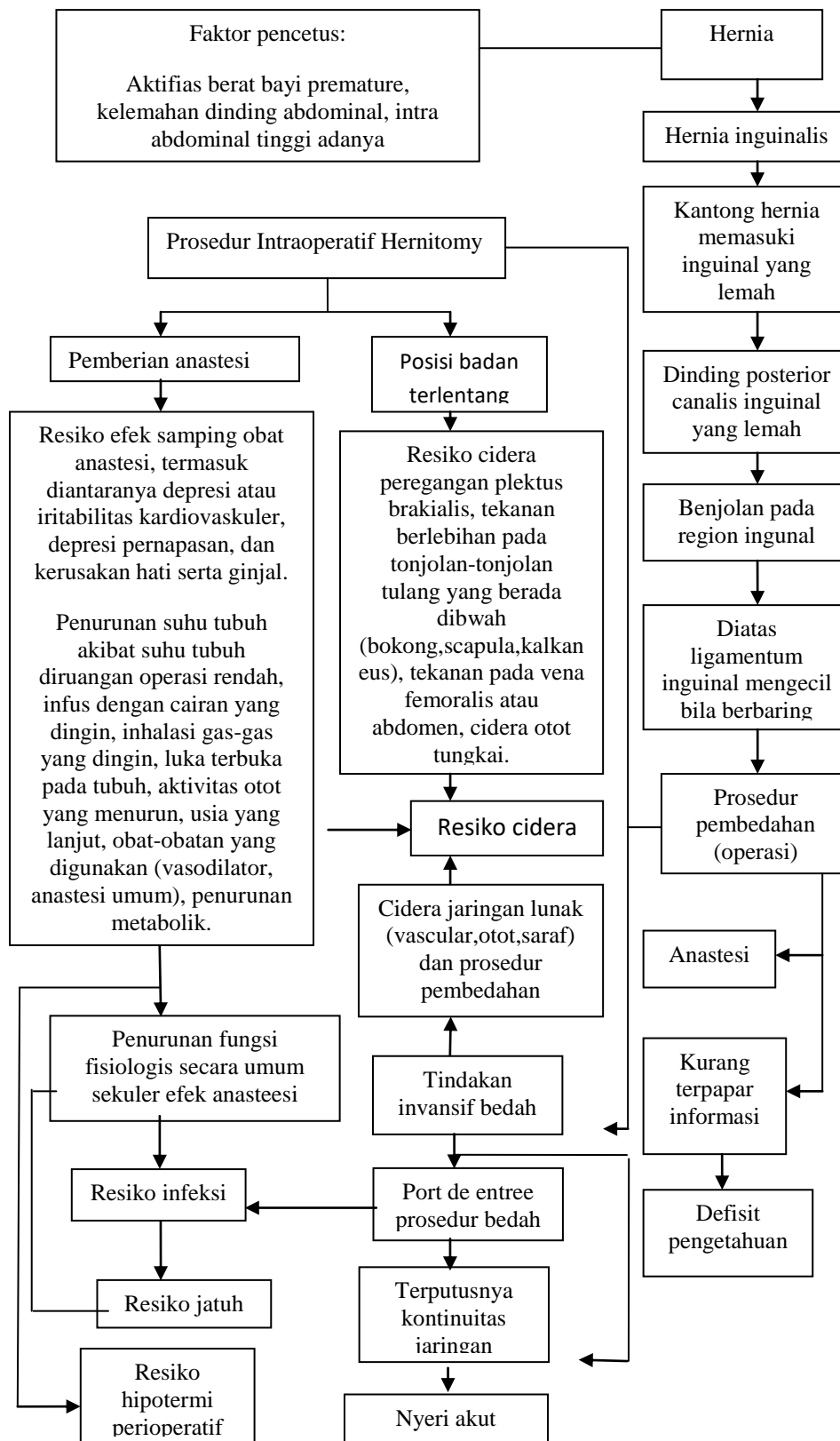
Menurut Muttaqin dan Sari (2015) pemeriksaan penunjang pada hernia:

- a. Sinar X abdomen menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan elektrolit.
- c. USG Untuk menilai masa hernia inguinalis.

Pengkajian diagnostik menurut Muttaqin & Sari (2009) adalah:

- a. Data laboratorium penting yang perlu diperiksa adalah hemoglobin, leukosit, LED, kalium, natrium, albumin, bilirubin, hitung darah lengkap, dan gas darah arteri. Kadar albumin dibawah 3 g dapat mengganggu proses penyembuhan luka.
- b. Pemeriksaan EKG dan foto thoraks pada pasien lebih dari 40 tahun dilakukan untuk menyingkirkan adanya gangguan jantung dan tuberkulosis paru

## 7. Patofisiologi/Patway



Gambar 2.3 Patway Hernia Inguinalis (modifikasi Mutaqin & Sari (2009), Nurarif & Kusuma (2015))

## 8. Penatalaksanaan

Penanganan hernia ada dua macam (Zakaria, 2020):

### a. Konservatif (*Townsend CM*)

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

- 1) **Reposisi** Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonii atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulata kecuali pada anak – anak.
- 2) **Suntikan** Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritonii.
- 3) **Sabuk hernia** Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

### b. Operatif Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada: (Norton JA)

- 1) Hernia reponibilis
- 2) Hernia irreponibilis
- 3) Hernia strangulasi
- 4) Hernia incarserata

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap:

#### a. Herniotomy

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

#### b. Hernioraphy

Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus

intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsersio di tuberculum pubicum).

c. Hernioplasty

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

## 9. Komplikasi

Komplikasi hernia inguinalis lateralis bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Isi hernia dapat tertahan dalam kantong hernia inguinalis lateralis, pada hernia ireponibel ini dapat terjadi ketika isi hernia terlalu besar, misalnya terdiri atas omentum, organ ekstrapéritoneal atau merupakan hernia akreta. Di sini tidak timbul gejala klinis kecuali benjolan. Dapat pula terjadi isi hernia tercekik oleh cincin hernia sehingga terjadi hernia strangulate atau inkarserata yang menimbulkan gejala obstruksi usus sederhana. Bila cincin hernia sempit, kurang elastis, atau lebih kaku seperti pada hernia femoralis dan hernia obturatoria, lebih sering terjadi jepitan parsial (Chow, et al., 2008; Sjamsuhidajat, et al., 2010; Burney, 2012).

Jepitan cincin hernia inguinalis lateralis akan menyebabkan gangguan perfusi jaringan isi hernia. Pada permulaan terjadi bendungan vena sehingga terjadi udem organ atau struktur di dalam hernia dan transudasi ke dalam kantong hernia. Timbulnya oedem menyebabkan jepitan pada cincin hernia makin bertambah sehingga akhirnya peredaran darah jaringan terganggu. Isi hernia menjadi nekrosis dan kantong hernia akan berisi transudant berupa cairan serosanguinus. Kalau isi hernia terdiri dari usus, dapat terjadi perforasi yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel, atau peritonitis jika terjadi hubungan dengan rongga perut. Akibat penyumbatan usus terjadi aliran balik berupa muntah-muntah sampai

dehidrasi dan shock dengan berbagai macam akibat lain (Chow, et al., 2008; Sjamsuhidajat, et al., 2010; Rosetto, et al., 2010).

Hernia inkarserata dapat terjadi apabila isi kantong hernia tidak dapat kembali lagi ke rongga abdomen. Organ yang terinkarserasi biasanya usus, yang ditandai dengan gejala obstruksi usus, yang disertai muntah, perut kembung, konstipasi, dan terlihat adanya batas udara air pada saat foto polos abdomen. Setiap anak dengan gejala obstruksi usus yang tidak jelas sebabnya harus dicurigai hernia inkarserata. Pada anak wanita organ yang sering terinkarserasi adalah ovarium. Apabila aliran darah ke dalam organ berkurang, terjadilah hernia strangulasi, yang menjadi indikasi pasti untuk operasi (Chow, et al., 2008; Sjamsuhidajat, et al., 2010; Burney, 2012).

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

1. Arie Adhyatma (2018), dengan judul “Karakteristik Pasien Hernia Inguinalis Berdasarkan Umur Dan Jenis Kelamin Di RS Haji Medan 2015”. Jenis penelitian yang dilakukan adalah survey deskriptif. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwasanya karakteristik penderita hernia inguinalis menurut jenis kelamin terbanyak ada pada jenis kelamin laki-laki dan menurut usia yang terbanyak yaitu ada pada rentang usia 17-50 tahun.
2. Madesti Vindora, dkk (2013), dengan judul “Perbandingan Efektivitas Teknik Distraksi Dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Hernia Di RSUD Menggala Tahun 2013” jenis penelitian ini adalah jenis penelitian kuantitatif. Dari hasil penelitian menunjukkan rata-rata intensitas nyeri sebelum teknik relaksasi yaitu dalam nyeri sedang/moderate (NRS 5,11) sedangkan rata-rata intensitas nyeri sebelum teknik relaksasi yaitu nyeri sedang/moderate (NRS 5,38). Rata-rata intensitas nyeri sesudah teknik distraksi yaitu dalam nyeri sedang/moderate namun mengalami penurunan skala (NRS 3,11) sedangkan rata-rata intensitas nyeri sesudah teknik relaksasi yaitu dalam nyeri sedang/moderate namun mengalami penurunan skala (NRS 4,192). Ada perbedaan efektivitas teknik distraksi dan relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pasien post

operasi hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,001).

3. Agung Octa Nihando Rokawie (2017), dengan judul “Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen” Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan pre experimental design yang diperluas dengan rancangan *one group pretest-posttest*. Diketahui bahwa rata-rata skor indeks kecemasan pre operasi sebelum diberikan tindakan relaksasi nafas dalam adalah 54,59. Pada pengukuran rata-rata skor indeks kecemasan setelah diberikan tindakan relaksasi nafas dalam didapatkan rata-rata kecemasan 49,56, nilai perbedaan mean antara kecemasan sebelum dan sesudah diberikan tindakan relaksasi nafas dalam adalah 5,03. Hasil uji statistik dengan uji t-dependent didapatkan perhitungan p-value  $(0,000) < \alpha (0.05)$  yang berarti  $H_0$  diterima sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skor indeks kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi relaksasi nafas dalam pada pasien pre operasi bedah abdomen.