

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencanaasuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasive (AORN,2013).

Keperawatan perioperative adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragamanfungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI,2014).

2. Fase Pre Operatif

Dimulai Ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah diakhiri Ketika pasien dikirim kemeja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (HIPKABI,2014).

Asuhan keperawatan preoperatif pada prakteknya kan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagianbedag sehari (one day care). Atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kaar bedah (Muttain,2009).

3. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai keetika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindah keruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian indikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan

pasien. Dalam hal ini memberikan dukungan psikologis selama indikasi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI,2014). Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan Tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun actual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan Tindakan independent dan dependen (Muttain,2009).

4. Fase Paska Operatif

Fase paska operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruangan pemulihan (recovery room) atur ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktifitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini focus 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 (HIPKABI,2014).

5. Pre Operatif

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014)

a. Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

b. Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, *Personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

c. Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain :

Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti (*Electrocardiogram*) ECG, dan lain-lain.

e. Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

f. *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

g. Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress

fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPKABI, 2014).

6. Intra operatif

a. Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

b. Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

c. Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

d. Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

7. Post Operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (recovery room), perawatan post anestesi di ruang pemulihan (recovery room), transportasi pasien keruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

B. Konsep Hernia

1. Pengertian Hernia

Hernia adalah suatu penonjolan pada organ atau struktur melalui dinding otot perut. Hernia meliputi jaringan subkutan yang umumnya terdiri dari kulit, peritoneal kantung, dan yang mendasarinya adalah Visera, seperti loop usus atau organ-organ internal lainnya. Pembedahan mendadak termasuk Faktor yang terjadi peningkatan tekanan intra-abdomen, selama mengangkat penyakit ini terjadi diakibatkan beban berat atau batuk yang berkepanjangan sehingga peningkatan tekanan intra-abdomen berhubungan dengan kehamilan, obesitas, atau asites (Schwartz, 2000).

Hernia adalah sering terjadinya dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya Orang awam menyebutnya turun bero atau hernia. Terjadi Hernia inguinalis yaitu ketika dinding abdomen bertambah ke bawah melalui dinding sehingga menerobos usus. (Nurarif&kusuma 2016)

Hernia inguina

tindakan invasif bedah dengan secara pembedahan mengembalikan struktur organ tersebut dengan menutup defek di inguinal. (Arif, 2009).

Hernia inguinalis lateralis adalah merupakan hernia melalui inguinalis internis yang terdapat di bagian lateral vasa evisgastrika imperior melewati kanalis inguinalis dan lewat melalui rongga perut samapi anulus inguinalis eksternus.

Dari pengetahuan di atas penulis dapat buat kesimpulan bahwa hernia adalah merupakan dimana keadaan keluarnya suatu organ yang tidak bisa

kembali ke tempat semula secara manual atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu defek pada area inguinal dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan mengembalikan struktur organ tersebut secara pembedahan dengan menutup defek di inguinal, dan yang melalui inguinalis internis yang terdapat di sebelah lateral vasa evisgastrika imperior menyusuri kanalis inguinalis dan keluar kerongga perut melalui anulus inguinalis eksternus, serta suatu keadaan terjadi pembesaran nya pada isi usus atau suatu rongga melalui lubang (Oswari, 2000).

2. klasifikasi Hernia

a. Berdasarkan Terjadinya

1) Hernia Bawaan atau Kongenital

Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal. Penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonei. Pada bayi yang sudah lahir mengalami, Penurunan testis tersebut akan menarik peritonium ke daerah skrotum dapat mengalami proses ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut belum dapat melalui kanalis tersebut. tetapi dalam beberapa hal, kanalis ini belum merekat. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya sebelah kanan bisa 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 kongenital. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra-abdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita (Erfandi, 2009).

2) Hernia dapatan atau akuisita (acquisitus = didapat)

Hernia kongenital / didapat dan ditemukan pada bayi sedangkan hernia akuisita / didapat, pertama terjadi ketahanan dinding otot perut ditemukan saat sudah dewasa. Proses ini mengakibatkan hernia eksternal pada bayi umumnya dikarenakan penyakit kongenital, yakni penyakit.

b. Berdasarkan sifatnya

1) Hernia reponibel/reducible

Yaitu jika isi hernia jika keluar masuk. Maka Usus keluar bila saat berdiri atau jongkok dan mengedan dan bisa masuk lagi jika keadaan terlentang atau dipaksa masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus (Erfandi, 2009).

2) Hernia ireponibel

Yaitu keadaan isi rongga hernia belum bisa dikembalikan kedalam rongga, biasanya dikarenakan oleh perlekatan dari dalam kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini disebut juga hernia akreta (accretus= perlekatan karena fibrosis). Tidak ada mengeluh rasa nyeri ataupun tanda penyempitan usus (Erfandi, 2009).

3) Hernia strangulata atau inkarserata (incarceratio= terperangkap, carcer= penjara).

Hernia inkarserata yaitu tidak dapat kembali kedalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia, berarti isi kantong terperangkap. Secara klinis “Hernia Inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan pada gangguan vaskularisasi disebut sebagai “Hernia strangulata”. Hernia strangulata terjadinya nekrosis dari isi abdomen didalamnya tidak menghasilkan darah akibat pembuluh terjadi penyempitan atau terjepit. Hernia seperti ini bisa dikatakan keadaan yang gawat darurat

diketahui harus memerlukan pertolongan secepat mungkin (Erfandi, 2009).

3. Berdasarkan letaknya

1) Hernia Femoralis

Hernia femoralis pengeluaran dari lakuna vasorum kaudal dari ligamentum inguinale. Kondisi anatomi ini sering menyebabkan inkarserasi hernia femoralis. Hernia femoralis umumnya ditemui pada perempuan pada usia lanjut, yang sering terjadi perempuan diperkirakan 4 kali dari lelaki. Keluhan merupakan benjolan di selangkangan paha yang timbul terutama saat keadaan melakukan kegiatan yang meningkatkan tekanan intra abdomen seperti mengangkat barang atau batuk. Benjolan ini bisa berkurang pada waktu terlentang. anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis di lipat paha ini yang menyebabkan Pintu masuk pada hernia femoralis (Syamsuhidayat, 2004).

2) Hernia umbilikalis

Hernia umbilikalis membentuk hernia kongenital pada umbilikus yang bila tertutup peritoneum dan kulit. Hernia ini bisa didapat kurang lebih 20% bayi dan angka ini lebih sering terjadi pada bayi prematur. Dan belum bisa membagi angka kejadian antara bayi laki-laki dan perempuan. Hernia umbilikalis merupakan terjadinya pembekakan yang terdapat didalam rongga perut yang lewat melalui cincin umbilikus akibat peningkatan tekanan intraabdomen, dan

disertai bayi menangis. Hernia ini tidak menimbulkan nyeri dan tidak pernah tetapi hanya terjadi sekali sekali inkarserasi (Syamsuhidayat, 2004).

3) Hernia sikatriks atau hernia insisional

Hernia ini yang ada pada luka bekas laparotomi. anestesi kulit mengakibatkan Sayatan pada nervus dan paralisis otot ada segmen melalui oleh saraf yang bersangkutan (Syamsuhidayat, 2004).

4) Hernia inguinalis

Hernia Inguinalis adalah merupakan sesuatu usus masuk melalui sebuah lubang melalalui dinding perut yang suatu kondisi dimana sebagian yang lemah pada dinding perut ke dalam kanalis inguinalis. Saluran ini berbentuk tabung yaitu Kanalis inguinalis, yang menyebabkan tempat turunnya buah

testis (buah zakar) dari perut menuju skrotum (kantong zakar) hal ini sering terjadi sebelum bayi dilahirkan. Hernia inguinalis didapat kan sejak dari bawah sebelum melahirkan atau masih dalam kandungan. (kongenital) dan bisa (akuisita). Klien laki-laki lebih banyak dari pada klien wanita. Pada pria, hernia bisa terjadi di selangkangan , yaitu terjadi dibagian korda spermatika keluar diantara perut dan masuk ke dalam skrotum (Subarkah, 2008).

Menurut Syamsuhidayat (2004), hernia inguinalis dapat dibagi menjadi:

a) Hernia inguinalis indirek

Hernia ini merupakan hernia inguinal lateralis, karena melalui antara rongga peritoneum menuju anulus inguinalis internus yang

merupakan lateral dari pembuluh epigastrika inferior, selanjutnya hernia masuk dari kanalis inguinalis dan bila trjadinya sangat cukup panjang, menonjol keluar dari anulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini terjadi, maka pembengkakan akan sampai ke menuju skrotum, disebut hernia skrotalis. Kantong hernia terdapat di dalam muskulus kremaster, terletak anteromedial terhadap vas deferens dan struktur lain dalam tali sperma (Syamsuhidayat, 2004).

b. Hernia inguinalis direk

Pembengkakan langsung melalui segitiga Hesselbach, di bagian inferior daerah yang dibatasi oleh ligamen tuminguinale, pembuluh epigastrika inferior di daerah lateral dan pinggir otot rektus di antara medial Disebut juga hernia inguinalis medialis. Berbentuk segitiga Hasselbach terjadi oleh fasia transversal jika dieratkan oleh serat aponeurosis muskulus transversus abdominis yang seakan akan belum sempurna sehingga keadaan un masih lemah. Hernia medialis, sebab belum keluar melewati kanalis inguinalis ke skrotum, dasarnya tidak diikuti strangulasi karena cincin hernia longgar (Syamsuhidayat, 2004).

3. Etiologi

Hal-hal yang dapat mengakibatkan timbulnya hernia secara umum adalah mengendong barang yang sangat berat, batuk, kegemukan, mengedan, asites (terjadi kumpulan cairan abnormal di daerag rongga perut), aktifitas fisik yang berlebihan. Etiologi terjadinya hernia yaitu :

a. Hernia Inguinal

Menurut Black,J dkk (2002) penyebab Hernia Inguinal adalah:

1) Terjadi penurunan kekuatan otot dinding abdomen

- 2) Kelemahan jaringan
- 3) Terdapat tempat dibagian lebar diligamen inguinal
- 4) Trauma
- 5) terjadi tekanan pada intra abdominal.
- 6) Obesitas
- 7) Mengambil barang berat
- 8) Mengejan Konstipasi
- 9) Kehamilan
- 10) Batuk dalam jangka waktu lama
- 11) prostate Hipertropi

b. Hernia Hiatal

faktor Hernia Hiatal biasanya belum diketahui, namun bisa terjadi karena adanya kelemahan pada jaringan penyokong. Faktor resiko terjadinya Hernia Hiatal adalah: Pertambahan usia, kegemukan, dan Merokok.

c. Hernia Umbilical

Hernia Umbilical/Umbilikus terdapat jika penutupan umbilikus (didapat tali pusar) tidak sempurna.

d. Hernia Femoralis

- 1) Akibat adanya hernia Femoralis adalah kehamilan multipara, kegemukan dan keturunan penahan ikat.
- 2) Faktor kekurangan bagan fascia dan aponeurosis tranversa, degenerasi/atropi, tekanan intra abdomen meningkat, pekerjaan mengangkat benda-benda berat, batuk kronik, gangguan BAB, dan gangguan BAK.

4. Patofisiologi

Pendapat Syamsuhidayat (2004), hernia inguinalis bisa didapatkan sebab anomali kongenital atau akibat yang didapat. Hernia dapat diketahui jika setiap usia. Penyakit ini sering diderita pada laki-laki ketimbang pada perempuan. Berbagai faktor akibat terjadi pada depat pintu masuk anulus internus hernia yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong dan isi hernia. Selain itu, yang dapat mendorong melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar itu diperlukan pula faktor isi herniayang ada. Faktor peningakatan tekanan di dalam rongga karena peninggian tekanan di dalam rongga perut perut yang dipandang berperan kausal. Kanalis inguinalis adalah terjadi Pada bulan ke-8 kehamilan kanal yang normal pada fetus, terjadi melalui kanal tersebut desensus testis. Penurunan testis terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonei yang akan menarik peritonium ke daerah skrotum sehingga prosesus ini telah mengalami obliterasi Pada bayi yang sudah lahir, umumnya sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. kanalis ini tidak menutup dalam beberapa hal tersebut. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. jika kanalis kanan terbuka maka biasanya yang kiri juga terbuka. Dalam keadaan normal, pada usia 2 bulan kanalis yang terbuka ini akan menutup. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital kanalis inguinalis telah menutup Pada orang tua. tetapi karena menyebabkan lokus minoris resistensie, sebab saat keadaan yang terjadinya tekanan intra-abdominal lebih terasa, hernia inguinalis lateralis akuisita tersebut dapat terbuka kembali dan timbul. akibat kerusakan Nervus Ilioinguinalis dan Nervus Iliofemoralis setelah apendiktomi Kelemahan otot dinding perut terjadi akibatakibat jaringan kanal (Erfandi, 2009).

Pada hernia akan terjadi kelemahan atau kegagalan menutup yang bersifat kongenital usus ke dalam anulus inguinalis di atas kantong skrotum,

disebabkan oleh prolaps sebagian. kemudian akan mengalami nyeri dan gejala-gejala obstruksi usus (perut kembung, nyeri kolik abdomen, tidak ada flatus, tidak ada feces, muntah), bila usus yang prolaps bisa menyebabkan Hernia inkarserata terjadi konstiksi bila suplai darah ke kantong skrotum, Isi hernia dapat kembali ke rongga peritoneum disebut hernia inguinal reponibilis, bila tidak dapat kembali disebut hernia inguinal ireponibilis (Mansjoer, 2004). keluhan yang timbul hanya berupa benjolan di lipat paha yang muncul pada waktu berdiri, batuk, bersin, mengedan, dan menghilang setelah berbaring terjadi pada hernia reponibilis. Keluhan nyeri jarang dijumpai pada hernia ini, walaupun ada nyeri dirasakan di daerah epigastrium atau didaerah umbilikal berupa viseral akibat regangan pada mesenterium sewaktu satu segmen usus halus masuk ke dalam kantung hernia.

Bila usus tidak dapat kembali karena jepitan oleh anulus inguinalis, terjadi gangguan pembuluh darah dan gangguan pasase segmen usus yang terjepit. Keadaan ini disebut hernia strangulata. rasa sakit yang terus menerus Secara klinis keluhan klien adalah Terjadi gangguan pada usus seperti nyeri padaperut kembung dan muntah. Akibat penimbunan racun yang akan mengakibatkan terjadinya infeksi dalam tubuh Pembuluh darah yang terjepit . dinding usus yang akan berakibat buruk yaitu kematian Infeksi ini akan menjadi sumber infeksi ke seluruh tubuh.

5. Penatalaksanaan

a. Herniorepair

Tujuan dari dilakukannya herniorepair adalah untuk memperkuat dinding posterior kanalis dan mempersempit cincin interna (Read, 2002).

Tahap-tahap dari operasi hernia pada hernia inguinalis lateralis adalah herniotpmi, herniorafi dan hernioplasty.

Pada prinsipnya herniarepair adalah penjahitan conjoint tendon dengan ligamentum inguinalis. Pada metode basini funiculus spermaticus

diletakan dibawah fascia musculus obliis abdominis eksternus. Sedangkan pada metode halsted funiculus spermatikus diletakan diatas fascia musculus obliis ondominis eksternus, tujuannya adaah untuk memperkuat dinding abdomen.

Herniarepair Teknik Lichtenstein yaitu memperkenalkan herniarepair dengan mesh. Teknik ini menghasilkan kondisi tension free pada repair hernia inguinalis. Herniarepair saat ini telah di adopsi diseluruh dunia dan menjadi tonggak penting bagi sejarah operasi herni inguinalis (scumpelick dan klinge,2003). Penelitian sistematik terbaru mengenai perbandingan hasil operasi herniarepair menggunakan mesh dengan tanpa mesh, didapatkan angka rekurensi dan rasa nyeri yang menetap paska operasi. Sangat berkurang signifikan pada pemakaian mesh. Teknik Lichtenstein pada operasi herniarepair orang dewasa sekarang ini merupakan gold standar (Hung,2007).

Teknik operasi Lichtenstein setelah funukulus spermtikus diangkat dari dinding posterior kanalis inguinalis dan kantong hernia telah diikat dan dipotong, lembaran polypropylene mesh dengan ukuran 7 x 15 cm dipasang diatas daerah defek. Dilakukan pemotongan mesh 3-4 cm pada sisi kaudolateral sehingga terdapat overlapping, tepi kaudal mesh 1-2 cm melewati tuberculum pubikum, 3-4 cm superior segitiga hesslbach, dan 5-6 cm kranial dari cincin inguinal internal (Malangoni dan Rosen,2008).

b. Herniotomi

Herniotomi adalah tindakan membuka kantong hernia, memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Dilakukan insisi pada kulit sekitar 2-3 cm diatas ligamentum inguinal, diperlebar kearah medial dan lateral, perdalam lapis demi lapis sampai fascia scarpa (Zollinger, 2011).

c. Herniorafi

Setelah kantong hernia diidentifikasi, kemudian dilanjutkan dengan dilakukan duplikasi kantong hernia untuk memisahkan kantong proksimal dan distal. Setelah kantong dipisahkan, kantong proksimal diaproksimasikan ke muskulus obliquus eksternus (Zollinger, 2011).

d. Hernioplasti

Hernioplasti adalah tindakan memperkuat daerah defek, misalnya pada hernia inguinalis, tindakannya adalah mempersempit cincin inguinal interna dan memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis. Setelah kantong hernia diaproksimasikan, dilanjutkan dengan hernioplasti dengan menjahitkan tuberkulum pubikum ke conjoint tendon (Zollinger, 2011).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengertian Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif, dan preventif perawatan kesehatan (Doenges, Marilyn E dkk, 2012). Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. *American Nurses Association* (ANA) mengembangkan proses keperawatan menjadi lima tahap, yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Tarwoto & Wartonah, 2010).

2. Manfaat Proses Keperawatan

- 1) Perawat dapat merencanakan asuhan keperawatan dan membantu mengembangkannya melalui hubungan profesional.
- 2) Memberikan kepuasan bagi pasien dan perawat
- 3) Memberikan kerangka kerja bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- 4) Membuat perawat mawas diri dalam keahlian dan kemampuan merawat pasien.

3. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hernia

Menurut Tarwono dan Wartonah pada tahun 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:

- a) Pre Operasi
 - 1) Pengkajian

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 laboratotium, pemeriksaan radiologi, dan pemeriksaan biopsi.

Menurut Dermawan & Rahayuningsih pada tahun 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.

- (3) 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).

- (4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu maupun pemeriksaan *head to toe*.
- (5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- (6) 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.
- (7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur dan batuk secara tiba-tiba di kamar operasi.
- (8) 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. Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi atau tidak. Sistem saraf, bagaimana kesadaran pasien. Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement. Kapter, perhiasan, *make up*, *scheren*, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien memiliki alergi obat atau tidak.

2) Diagnosis

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:

- (a) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- (b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
- (c) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

3) Gambaran Asuhan Keperawatan Pre Operatif

DX 1: Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Definisi :

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tidak untuk menghadapi ancaman.

DS dan DO yang mendukung:

DS:

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

DO:

- a) Tampak gelisah

- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur
- d) Frekuensi napas meningkat
- e) Frekuensi nadi meningkat
- f) Tekanan darah meningkat
- g) Tremor
- h) Muka tampak pucat

Tujuan :

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Frekuensi nadi membaik
- e) Tekanan darah membaik

Intervensi:

Observasi

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya kondisi, waktu stressor).
- b) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal maupun nonverbal)
- c) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- d) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- e) Dengarkan dengan penuh perhatian

Edukasi

- a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- b) Anjurkan keluarga tetap bersama pasien, jika perlu
- c) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

- a) Pemberian obat antiansietas, jika perlu

DX II: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

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.

DS dan DO yang mendukung:

DS:

- a) Mengeluh nyeri

DO:

- a) Tampak Meringis
- b) Bersikap protektif
- c) Gelisah
- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur
- f) Tekanan darah meningkat

Tujuan

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Frekuensi nadi membaik
- e) Tekanan darah membaik

Intervensi:

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (misalnya terapi musik, kompres hangat, terapi pijat, aromaterapi, dan teknik imajinasi terbimbing).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi mengurangi nyeri
- c) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- d) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4) Gambaran Asuhan Keperawatan Intra Operatif

DX I: Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Definisi:

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- a) Kelembapan membran mukosa meningkat
- b) Kelembapan kulit meningkat
- c) Perdarahan menurun
- d) Tekanan darah membaik

Intervensi:

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- d) Monitor output dan input cairan selama pembedahan

Terapeutik

- a) Posisikan pasien sesuai dengan indikasi pembedahan
- b) Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai menggunakan kasa
- c) Pastikan keamanan alat-alat yang digunakan selama prosedur operasi
- d) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- e) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

DX II: Risiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

Definisi:

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:

- a) Kejadian cedera menurun
- b) Tekanan darah membaik
- c) Frekuensi nadi membaik
- d) Frekuensi napas membaik

Intervensi:

Observasi

- a) Lakukan pengecekan daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi
- b) Lakukan pengecekan integritas kulit

Terapeutik

- a) Pastikan posisi pasien sesuai dengan indikasi pembedahan
- b) Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, deppep, dan hitung instrumen bedah
- c) Lakukan time out
- d) Lakukan sign out

5) Gambaran Asuhan Keperawatan pos operasi

a) Pengkajian

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

- (1) Pengkajian awal
- (2) Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut:
- (3) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- (4) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital

- (5) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- (6) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi perawatan pasca operasi
- (7) Patologi yang dihadapi
- (8) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- (9) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- (10) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

b) Status Respirasi

Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan

- (1) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa Kepatenan jalan nafas
- (2) Jalan nafas oral atau oral *airway* masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
- (3) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring

c) Diagnosis

Diagnosis yang sering muncul pada fase post operasi menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :

- (1) Risiko hipotermi perioperatif berhubungan dengan pasca operasi
- (2) Risiko Jatuh berhubungan dengan kondisi pasca operasi

DX II: Risiko hipotermi perioperatif berhubungan dengan pasca operasi

Definisi:

Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Menggigil menurun
- 2) Pucat menurun
- 3) Suhu tubuh membaik
- 4) Suhu kulit membaik
- 5) Pengisian kapiler membaik

Intervensi:

- 1) Monitor suhu tubuh
- 2) Identifikasi penyebab hipotermia (misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi
- 4) Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)
- 5) Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- 6) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)
- 7) Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

DX II: Risiko Jatuh berhubungan dengan kondisi pasca operasi

Definisi:

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh menurun
- 2) Frekuensi nadi membaik
- 3) Frekuensi tekanan darah membaik

Intervensi:

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (misalnya kondisi pasca pembedahan)
- 2) Hitung risiko jatuh menggunakan skala (misalnya *FallMorse Scale, Humty Dumty Scale*) jika perlu
- 3) Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci
- 4) Pasang handrail tempat tidur
- 5) Atur tempat tidur mekanis dalam kondisi terendah

Edukasi

- 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan perawat
- 2) Anjurkan keluarga untuk menemani

4. Jurnal Terkait

jurnal Verdiansyah (2013) yang berjudul Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Sebelum Dilakukan Anestesi Regional didapatkan hasil Rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional sebelum dilakukan tindakan komunikasi

terapeutik adalah 23,17 dengan standar deviasi 3,141, sedangkan rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,140. Terlihat nilai mean mengalami penurunan setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,040. Hasil Uji Statistik menunjukkan bahwa nilai $P=0,000 < 10\%$, Artinya ada penurunan rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional setelah dibandingkan dengan sebelum dilakukan tindakan komunikasi terapeutik.

Madesti Vindora dkk (2013), dengan judul “Perbandingan Efektifitas Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Hernia di RSUD Menggala Tahun 2013”. Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan pendekatan quasi eksperimen. Populasi penelitian adalah pasien post operasi hernia dengan usia dewasa dan lansia di RSUD Menggala pada 18 29 November – 18 Desember 2013 sejumlah 52 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Analisa data yang digunakan adalah uji tindependent. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan efektifitas tehnik distraksi dan relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pasien post operasi hernia (p value 0,001).