

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Hernia inguinalis adalah suatu keadaan dimana sebagian usus masuk melalui sebuah lubang pada dinding perut ke dalam kanalis inguinalis. Kanalis inguinalis adalah saluran berbentuk tabung, yang merupakan jalan tempat turunnya testis dari perut ke dalam skrotum sesaat sebelum bayi dilahirkan (Irianto, 2015). Hernia Inguinalis yaitu penonjolan bagian organ dalam melalui pembukaan yang abnormal pada dinding rongga tubuh yang mengelilinginya (Williams dan Wilkins, 2012).

Hernia merupakan tonjolan suatu bagian dari satu atau beberapa organ lewat lubang yang abnormal. Bahaya herniasi terjadi ketika organ yang menonjol lewat lubang tersebut terjepit sampai derajat yang mengganggu sirkulasi darahnya atau ketika organ yang menonjol tersebut menyelubungi dan mengganggu fungsi struktur yang lain (Wong, 2009). Hernia Inguinalis adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Materi yang masuk lebih sering adalah usus halus, tetapi bisa juga merupakan suatu jaringan lemak/omentum (Erickson, 2009).

Pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hernia adalah penonjolan organ intestinal (usus halus dan jaringan lemak/omentum) yang masuk melalui defek atau bagian dinding yang lemah.

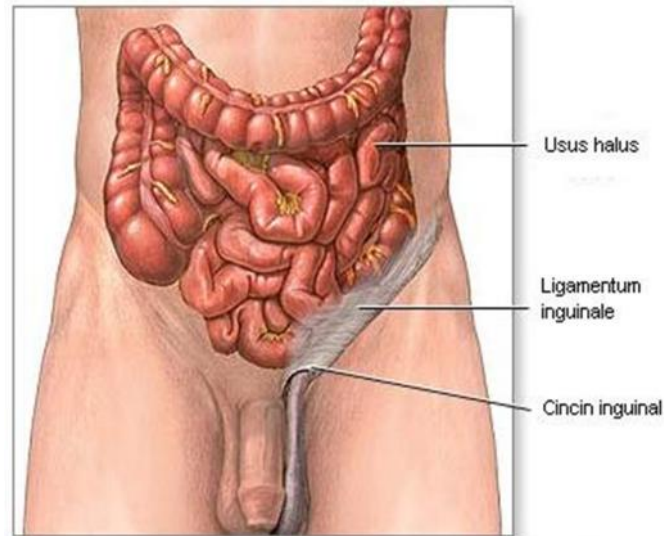


Gambar 2.1 Hernia inguinalis dengan isi yang terjepit (Woods dan Neumar, 2008)

2. Anatomi dan Fisiologi

Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar, yang berhubungan dengan aponeurosis, fascia, lemak, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan fascia oblik yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan *aponeurosis* (Sherwinter, 2009).

Otot transversum abdominis adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tubekulum pubikum dan SIAS (spina iliaka anterior superior). Kanalis inguinalis dibatasi di kraniolateral oleh annulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah, diatas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh annulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Erickson, 2009).



Gambar 2.2 Anatomis yang berhubungan dengan hernia inguinalis.

Snell (2015) menjelaskan anatomi yang berhubungan dengan hernia, yaitu :

- a. Ligamentum inguinale
Menghubungkan spina iliaca anterior superior dan tuberculum pubicum. Ligamentum ini dibentuk oleh pinggir bawah aponeurosis musculus obliquus abdominis externus, yang melipat ke belakang. dari ujung medial ligamentum, ligamentum lacunare membentang ke belakang dan atas menuju linea pectinea yang terdapat pada ramus superior osis pubis. Pinggir bawah ligamentum inguinale dilekatkan ke fascia profunda tungkai atas (fasia lata).
- b. Fascia transversalis
Fascia transversalis merupakan lapisan tipis fascia yang melapisi musculus transversus abdominis yang dilanjutkan dengan lapisan yang sama yang melapisi diaphragma dan musculus iliacus. Sarung femoris dari vasa femoralis dibentuk dari fascia transvesal dan fascia iliaca.
- c. Lemak ekstraperitoneal
Lemak ekstraperitoneal merupakan lapisan tipis jaringan ikat yang berisi sejumlah lemak dan terletak diantara fascia transversalis dan peritoneum parietale.

d. Peritoneum parietale

Dinding abdomen dilapisi dengan peritoneum parietale. Peritoneum ini merupakan membrana serosa tipis dan berlanjut ke bawah dengan peritoneum parietale yang melapisi pelvis.

e. Canalis inguinalis

Canalis inguinalis merupakan saluran oblik melalui bagian bawah dinding anterior abdomen. Pada laki-laki, saluran ini merupakan tempat lewatnya struktur-struktur yang berjalan dari testis ke abdomen atau sebaliknya. Pada perempuan, saluran ini dilalui oleh ligamentum teres uteri yang berjalan dari uterus ke labium majus.

Canalis inguinalis panjangnya sekitar 1,5 inci (4 cm) pada orang dewasa dan terbentang dari anulus inguinalis profundus, ke bawah dan medial sampai anulus inguinalis superficialis. Canalis inguinalis terletak sejajar dan tepat di atas ligamentum inguinale.

Tabel 2.1 Otot-otot Dinding Anterior Abdomen

Nama otot	Krigo	Inseri	Persarafan	Kerja
M.obliquus externus abdominis	Delapan costa bagian bawah	Processus xiphoideus, crista pubica, tuberculum pubica, crista iliaca	Enam N.thoracicus bagian bawah dan N. Iliohypogastricus dan N.ilioinguinalis	Melindungi isi abdomen, menekan isi abdomen, membantu fleksi dan rotasi tubuh, membantu ekspirasi kuat, miksi defekasi, partus dan muntah
M.obliquus internus abdominis	Fascia lumbalis, crista iliaca, 2/3 lateral ligamentum inguinale	Tiga costa bagian bawah dan cartilago costalis, processus xiphoideus, linea alba, symphysis pubica	Enam N.thoracicus bagian bawah dan N.iliohypogastricus dan N.ilioinguinalis	Seperti diatas
M.transversus abdominis	Enam cartilago costalis, fascia lumbalis, Crista iliaca, 1/3 lateral ligamentum inguinale	Processus xiphoideus, linea alba, symphysis pubica	Enam N.thoracicus bagian bawah dan N.iliohypogastricus dan N.ilioinguinalis	Menekan isi abdomen

Tabel 2.2 Lanjutan

Nama otot	Origo	Inseri	Persarafan	Kerja
M.rectus abdominis	Symphysis abdominis dan crista pubica	Cartilago costalis V, VI dan VII dan processus xiphoideus	Enam N.thoracicus bagian bawah	Menekan isis abdomen dan fleksi columna vertebralis;otot pembantu ekspirasi menegangkan linea alba
M.pyramidalis (jika ada)	Permukaan anterior pubis	Linea alba	N.thoracicus	Menegangkan linea alba

f. Dinding canalis inguinalis

Dinding anterior : aponeurosis musculus obliquus abdominis externus, diperkuat dilateral oleh origo musculus obliquus internus abdominis yang berasal dari ligamentum inguinale.

Dinding posterior : sisi medial tendo conjunctivus dan sisi lateral fascia transversalis.

Atap atau dinding superior: serabut-serabut melengkung musculus obliquus internus abdominis dan musculus transversus abdominis.

Lantai atau dinding anterior : pinggir bawah ligamentum inguinale dan ligamentum lacunare.

g. Funikulus spermaticus

Merupakan gabungan struktur-struktur yang melalui canalis inguinalis dan berjalan menuju ke dan dari testis. Struktur-struktur tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Ductus deferens
- 2) Arteria testiculus
- 3) Venae testiculares
- 4) Pembuluh limfatik testis
- 5) Saraf otonom
- 6) Sisa processus vaginalis peritonei
- 7) Arteria cremasterica
- 8) Rumus genitales nervi genitofemoralis
- 9) Rumus genitales nervi genitofemoralis yang menyarafi musculus cremaster.

h. Pembungkus funiculus spermaticus

Terdapat tiga lapis fascia konsentris yang berasal dari lapisan-lapisan dinding anterior abdomen :

- 1) Fascia spermatica externa berasal dari musculus obliquus externus abdominis dan melekat pada pinggir-pinggir anulus inguinalis superficialis.
- 2) Fascia cremasterica berasal dari musculus obliquus internus abdominis.
- 3) Fascia spermatica interna berasal dari fascia transversalis yang membatasi otot-otot abdominis, fascia ini dan melekat pada pinggir-pinggir anulus profundus.

i. Scrotum

Scrotum merupakan sebuah kantong yang menonjol keluar dari bagian bawah dinding anterior abdomen.

Dinding scrotum mempunyai lapisan sebagai berikut :

- 1) Kulit : kulit skrotum tipis, berkerut, berpigmen dan membentuk kantong tunggal. Sedikit peninggian di garis tengah menunjukkan garis penyatuan dari kedua pembesaran labioscrotalis. (pada perempuan, pembesaran ini tetap terpisah dan membentuk labium majus)
- 2) Fascia superficialis : fascia superficialis merupakan lanjutan dari panniculus adiposus dan stratum membranosum dinding anterior abdomen, akan tetapi pannulus adiposus diganti oleh otot polos yang dinamakan musculus dartos.
- 3) Fascia spermatica : ketiga lapisan ini terletak di bawah fascia superficialis dan berasal dari ketiga lapisan dinding anterior abdomen masing-masing sisi.
- 4) Tunica vaginalis : terletak di dalam dari fascia spermaticae dan meliputi permukaan anterior, media, dan lateralis masing-masing testis. Tunica vaginalis merupakan lanjutan bagian bawah processus vaginalis peritonei dan cavitas peritonealis.

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari musculus obliquus internus abdominis yang menutup annulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan adanya fascia transversa yang kuat menutupi trigonum Hasselbach yang umumnya hampir tidak berotot.

Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Sjamsuhidayat, 2005).

3. Etiologi

Sugeng dan Weni (2012) menjelaskan hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Lemahnya dinding rongga perut. Dapat ada sejak lahir atau didapat kemudian dalam hidup.
- b. Akibat dari pembedahan sebelumnya.
 - Congenital
 - 1) Hernia congenital sempurna, bayi sudah menderita hernia karena adanya efek pada tempat-tempat tertentu.
 - 2) Hernia congenital tidak sempurna, baru dilahirkan normal (kelainan belum tampak) tapi dia mempunyai defek pada tempat-tempat tertentu (predisposisi) dan beberapa bulan (0-1 tahun) setelah lahir akan terjadi hernia melalui defek tersebut karena dipengaruhi oleh kenaikan tekanan intraabdominal (mengejan, batuk, menangis).
- c. Aquisial adalah hernia yang bukan disebabkan karena adanya defek bawaan tetapi disebabkan oleh factor lain yang dialami manusia selama hidupnya, antara lain :
 - 1) Tekanan intraabdominal yang tinggi. Banyak dialami oleh pasien yang sering mengejan baik saat BAB maupun BAK.
 - 2) Konstitusi tubuh. Orang kurus cenderung terkena hernia jaringan ikatnya sedikit, sedangkan pada orang yang gemuk juga dapat terkena hernia karena banyaknya jaringan lemak pada tubuhnya yang menambah beban kerja jaringan ikat penyokong pada Locus Minoris Resisten (LMR)
 - 3) Distensi dinding abdomen karena peningkatan tekanan intraabdominal.
 - 4) Penyakit yang melemahkan dinding perut.

4. Insiden

Sebanyak 10% dari populasi mengembangkan beberapa jenis hernia selama hidup. Sebanyak 50% adalah hernia inguinalis tidak langsung, dimana pria : wanita memiliki rasio 7 : 1, sementara 25% adalah hernia inguinalis langsung. Insiden hernia meningkat dengan bertambahnya umur. Hal ini berhubungan dengan berbagai aktivitas yang memungkinkan

peningkatan tekanan intraabdominal dan berkurangnya kekuatan jaringan penunjang (Erickson, 2009).

Di RSUD Pandanarang kabupaten Boyolali terdapat 164 pasien hernia inguinalis dari keseluruhan pasien tersebut terdapat 16 kasus hernia pada anak pada tahun 2015 (Rekam Medik, 2015).

5. Patofisiologi

Patofisiologi hernia inguinalis menurut (Muttaqin dan Sari, 2011) yaitu,

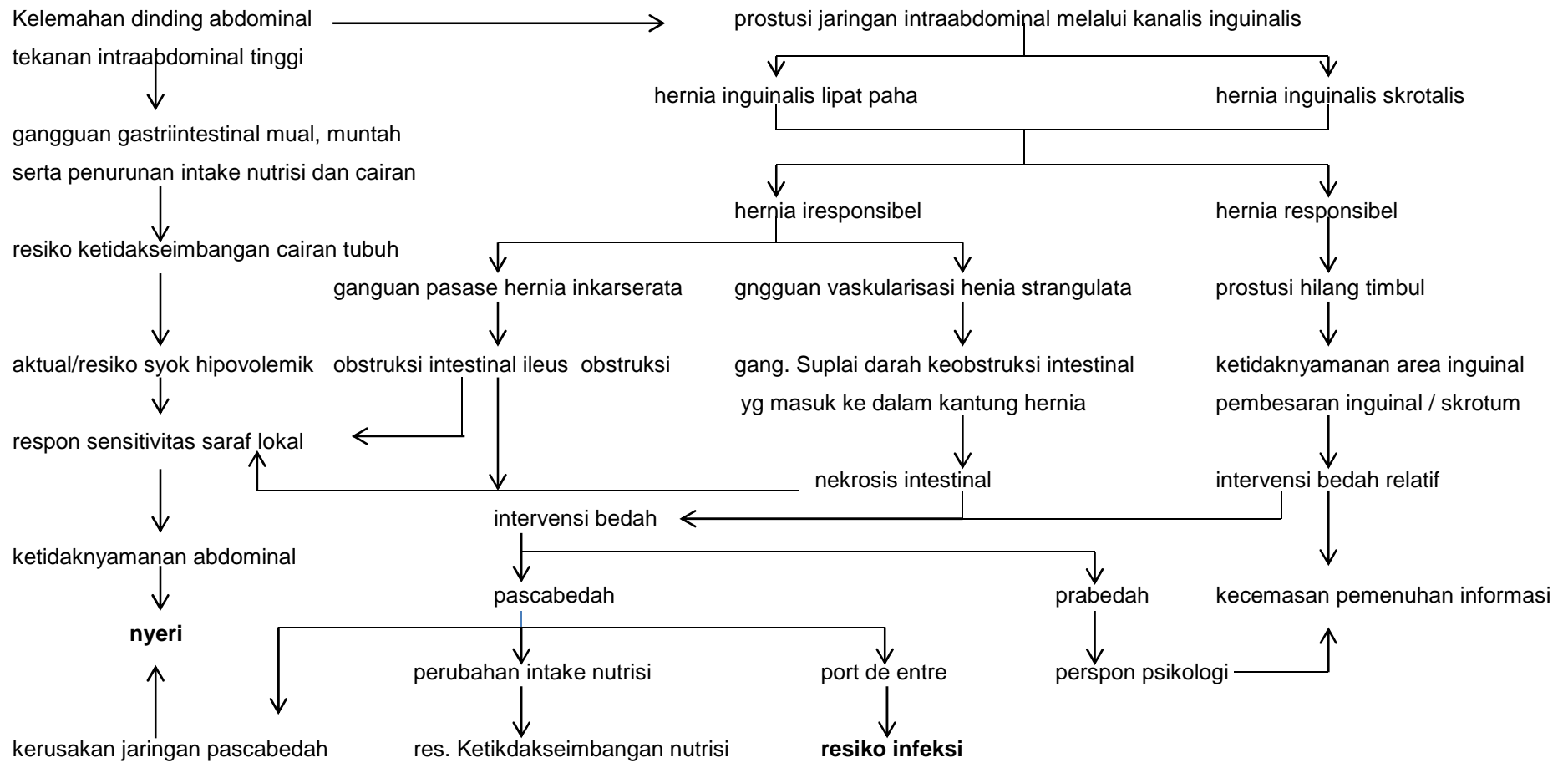
Hernia inguinalis tidak langsung (hernia inguinalis lateralis), di mana prostusi keluar dari rongga peritoneum melalui annulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk ke dalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar dari annulus inguinalis eksternus. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai ke skrotum melalui jalur yang sama seperti pada saat testis bermigrasi dari rongga perut ke skrotum pada saat perkembangan janin. Jalur ini biasanya menutup sebelum kelahiran, tetapi mungkin tetap menjadi sisi hernia di kemudian hari.

Hernia inguinalis langsung (hernia inguinalis medialis), dimana kondisi prostusi langsung ke depan melalui segitiga Hesselbach, daerah yang dibatasi oleh ligament inguinalis di bagian inferior, pembuluh epigastrika inferior di bagian lateral dan tepi otot rektus di bagian medial. Dasar segitiga Hesselbach dibentuk oleh fascia transversal yang diperkuat oleh serat aponeurosis musculus transversus abdominis yang terkadang tidak sempurna sehingga daerah ini potensial untuk menjadi lemah. Hernia medialis, karena tidak keluar melalui kanalis inguinalis dan tidak ke skrotum, umumnya tidak disertai strangulasi karena cincin hernia longgar. Saraf ilioinguinalis dan saraf iliofemoralis mempersarafi otot di region inguinalis, sekitar kanalis inguinalis, dan tali sperma, serta sensibilitas kulit regio inguinalis, skrotum, dan sebagian kecil kulit tungkai atas bagian proksimomedial.

Pada kondisi hernia inguinalis yang bisa keluar masuk atau prostusi dapat bersifat hilang timbul disebut dengan *hernia responibel*. Kondisi prostusi terjadi jika pasien melakukan aktivitas berdiri atau mengedan kuat dan masuk lagi jika berbaring atau distimulasi dengan mendorong masuk perut. Kondisi ini biasanya tidak memberikan manifestasi keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus. Apabila prostusi tidak dapat masuk kembali ke

dalam rongga perut, maka ini disebut *hernia irreponibel* atau *hernia akreta*. Kondisi ini biasanya berhubungan dengan perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun sumbatan usus.

6. Pathway



Gambar 2.3 Patofisiologi hernia inguinalis ke masalah keperawatan (Muttaqin dan Sari, 2011)

7. Manifestasi Klinis

Kowalak, dkk (2011), menjelaskan manifestasi klinis dari hernia adalah sebagai berikut :

a. Adanya benjolan (biasanya asimtomatik)

Biasanya hernia inguinalis menimbulkan benjolan yang tampak di daerah yang mengalami herniasi pada saat pasien berdiri atau mengejan. Benjolan tersebut akan menghilang ketika pasien berbaring atau tidur.

b. Nyeri

Tekanan pada isi hernia bisa menyebabkan nyeri akut yang persisten pada lipat paha, dan rasa nyeri ini akan berkurang ketika hernia tereposisi.

c. Gangguan pasase usus seperti abdomen kembung dan muntah

Tanda klinik pada pemeriksaan fisik tergantung pada isi hernia. Pada inspeksi : saat pasien mengejan dapat dilihat hernia inguinalis lateralis muncul sebagai penonjolan di regio inguinalis yang berjalan dari lateral atas ke medial bawah.

Palpasi : kantong hernia yang kosong dapat diraba pada funikulus spermatikus sebagai gesekan dari dua lapis kantong yang memberikan sensasi gesekan dua permukaan sutera. Tanda ini disebut tanda sarung tangan sutera, tetapi umumnya tanda ini sukar ditentukan. Kalau kantong hernia berisi organ maka telunjuk dan jari kelingking pada anak kecil, dapat dicoba mendorong isi hernia dengan menonjolkan kulit skrotum melalui anulus eksternus sehingga dapat ditentukan apakah isi hernia dapat direposisi atau tidak.

Apabila hernia dapat direposisi, pada waktu jari masih berada dalam anulus eksternus, pasien diminta mengedan. Kalau hernia menyentuh ujung jari, berarti hernia inguinalis lateralis dan kalau samping jari menyentuh menandakan hernia inguinalis medialis. Isi hernia pada bayi wanita yang teraba seperti sebuah massa yang padat biasanya terdiri dari ovarium (Mansjoer, 2007)

8. Test Diagnostik

Hernia didiagnosis berdasarkan gejala klinis. Pemeriksaan jarang dilakukan dan jarang mempunyai nilai :

a. Herniografi

Teknik ini yang melibatkan injeksi medium kontras ke dalam kavum peritoneal dan dilakukan X-ray, sekarang jarang dilakukan pada bayi untuk mengidentifikasi hernia kontralateral pada groin. Mungkin terkadang berguna untuk memastikan adanya hernia pada pasien dengan nyeri kronis pada groin.

b. USG

Sering digunakan untuk menilai massa hernia inguinal.

c. CT dan MRI

Berguna untuk menentukan hernia yang jarang terjadi (misalnya, hernia ekstrakolon)

d. Laparaskopi

Hernia yang tidak diperkirakan terkadang ditemukan saat laparaskopi untuk nyeri perut yang tidak dapat didiagnosa (Muttaqin dan Sari, 2011).

9. Komplikasi

Komplikasi hernia bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Dapat pula terjadi isi hernia tercekik oleh cincin hernia sehingga terjadi hernia strangulata yang menimbulkan gejala obstruksi usus yang sederhana. Sumbatan dapat terjadi total atau parsial seperti pada hernia sempit, kurang elastis, atau lebih kaku seperti pada hernia femoralis dan hernia obturatoria, lebih sering terjadi jepitan parsial. Jarang terjadi inkarserasi retrograd, yaitu dua segmen usus terperangkap di dalam kantong hernia dan satu segmen lainnya berada dalam rongga peritoneum seperti huruf W.

Jepitan cincin hernia 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 udem menyebabkan jepitan pada cincin hernia makin bertambah sehingga akhirnya peredaran darah jaringan terganggu. Isi hernia menjadi nekrosis dan kantong hernia akan berisi transudat berupa cairan serosangonius. Kalau isi hernia terdiri atas usus, dapat terjadi perforasi yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel, atau peritonitis jika

terjadi hubungan dengan rongga perut (Mansjoer, 2007 dan Sjamsuhidajat, 2005).

10. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan hernia yaitu, sebagai berikut :

a. Pengobatan konservatif

1) Terapi umum

Terapi konservatif sambil menunggu proses penyembuhan melalui proses alami dapat dilakukan pada hernia umbilikalis pada anak usia dibawah 2 tahun. Terapi konservatif berupa alat penyangga dapat dipakai sebagai pengelolaan sementara, misalnya pemakaian korset pada hernia ventralis sedangkan pada hernia ingunal pemakaian tidak dianjurkan karena selain tidak dapat menyembuhkan alat ini dapat melemahkan otot dinding perut.

2) Reposisi

Tindakan memasukan kembali isi hernia ketempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti.tindakan ini hanya dapat dilakukan pada hernia reponsibilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi. Tindakan ini terkadang dilakukan pada hernia irreponsible apabila pasien takut operasi yaitu dengan cara bagian hernia dikompres dingin, penderita diberi penenang valium 10 mg agar tertidur, pasien diposisikan trendelenberg. Jika reposisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

3) Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu hernia relatif kecil (Kowalak, dkk, 2011)

b. Pengobatan operatif

Setiap penderita hernia inguinalis lateralis selalu harus diobati dengan jalan pembedahan. Pembedahan secara cepat mungkin setelah diagnosis ditegakkan.

Adapun prinsip pembedahan hernia inguinalis lateralis menurut (Muttaqin dan Sari, 2011) adalah sebagai berikut :

1) Herniatomi

Yaitu membuang kantong hernia. Hal ini terutama pada anak-anak karena dasarnya adalah kongenital tanpa adanya kelemahan dinding perut.

2) Hernioplasty

3) Herniorafi

Yaitu membuang kantong hernia disertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah dibelakang kanalis inguinalis.

c. Penatalaksanaan post operasi

1) Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien dan komplikasi. Pasien tiba dibangsal langsung monitor kondisinya. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan dibangsal setelah post operasi. Beri penjelasan untuk menghindari batuk untuk peningkatan ekspansi perawat mengajarkan nafas dalam.

2) Manajemen luka

Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi discharge untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan sampai dengan pengangkatan jahitan.

3) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM, nafas dalam dan juga batuk efektif, untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.

4) Discharge planning

Merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal – hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi atau penyakit post operasi. Ada 2 macam discharge planning :

a) Untuk perawat : berisi point-point discharge planning yang diberikan kepada klien (sebagai dokumentasi).

b) Untuk pasien

Bahasa yang bisa dimengerti pasien dan lebih detail, yaitu :

(1) Hindari mengejan, mendorong, dan mengangkat benda berat.

(2) Jaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, mengganti balutan steril setiap hari bila perlu, hindari faktor pendukung seperti konstipasi dengan mengkonsumsi diet tinggi serat dan masukan cairan yang adekuat.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Didalam memberikan asuhan keperawatan digunakan proses keperawatan, proses keperawatan yaitu metode perencanaan dan pemberian asuhan keperawatan yang rasional dan sistematis. Tujuannya adalah mengidentifikasi status perawatan kesehatan pasien dan masalah kesehatan yang aktual atau potensial, membuat rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam siklus proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi (Kozier, 2010)

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan. Tahap ini terbagi atas .

a. Pengumpulan data

1) Anamnese

a) Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomer register, tanggal MRS, diagnosa medis.

b) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan pasien yang bersifat subyektif pada saat dikaji. Biasanya keluhan utama yang dirasakan pasien post herniotomi adalah nyeri didaerah luka operasi.

c) Riwayat penyakit sekarang

Bagian ini menguraikan keluhan pertama yang muncul secara kronologis meliputi faktor yang mencetuskan memperingan

gejala, kualitas, lokasi atau penyebaran, upaya yang dilakukan serta waktu dirasakan keluhan, durasi, frekuensi. Dengan menggunakan alat bantu mencakup PQRST. P (*provokatif atau pemacu*) yaitu faktor yang memperparah. Q (*quality atau kualitas*) yaitu kualitas nyeri (misalnya tumpul, tajam, merobek). R (*region atau daerah*) yaitu daerah penjalaran nyeri. S (*saverity atau keganasan*) yaitu keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. T (*time atau waktu*) yaitu serangan, lamanya, frekuensi dan sebab (Mubarak, dkk, 2015).

d) Riwayat penyakit dahulu

Pada tahap ini dikaji tentang latar belakang kehidupan pasien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi seperti riwayat selama kehamilan orang tua, riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan.

e) Riwayat keluarga

Pada tahap ini dikaji tentang riwayat kesehatan keluarga adalah dalam keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien saat ini, riwayat penyakit menular, menahun dan atau riwayat penyakit keturunan

f) Riwayat psikososial

Merupakan respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g) Riwayat tumbuh kembang

1) Prenatal

Ditanyakan apakah ibu klien terdapat kelainan atau keluhan yang dapat memperberat keadaan ibu dan anak saat kehamilan, serta jumlah pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu klien.

2) Antenatal

Ditanyakan siapa penolong persalinan karena data ini akan membantu membedakan persalinan yang bersih / higienis atau tidak. Alat pemotong tali pusat, tempat persalinan. Cara

pesalinan dengan sectio saesar, vakum, induksi atau normal spontan, antropometri.

3) Post natal

Ditanyakan apakah setelah lahir langsung diberikan imunisasi atau tidak, apakah mendapat Asi atau PASI serta bagaimana reflek menghisap dan menelannya.

h) Riwayat Imunisasi

Tanyakan pada keluarga apakah anak mendapat imunisasi lengkap.

- 1) Usia < 7 hari anak mendapat imunisasi hepatitis B.
- 2) Usia 1 bulan anak mendapat imunisasi BCG dan polio I.
- 3) Usia 2 bulan anak mendapat imunisasi DPT atau HB O dan Polio 2.
- 4) Usia 4 bulan anak mendapat imunisasi DPT atau HB III dan polio 4.
- 5) Usia 9 bulan anak mendapat imunisasi campak

i) Data Biologis

1) Pola nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan pasien sebelum dan sesudah masuk rumah sakit. Dikaji mengenai riwayat diet pasien. Bagaimana kebiasaan dan kesukaan makan dalam sehari, jenis makanan. Apakah dijumpai perubahan pada makan akibat penyakit, setelah itu dikaji tentang kebiasaan dan kesukaan minum (jenis dan jumlah dalam sehari)

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan pasien pada saat BAB dan BAK.

3) Istirahat dan tidur

Dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur, apakah ada gangguan sebelum dan pada saat tidur, lama tidur dan kebutuhan istirahat tidur.

4) Personal hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau secara mandiri.

5) Aktivitas dan latihan

Dikaji apakah aktivitas yang dilakukan pasien di rumah dan di rumah sakit dibantu atau secara mandiri.

6) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

Menurut Mubarak, dkk (2015) pemeriksaan fisik dilakukan secara *head to toe*.

a) Keadaan umum

Tingkat kesadaran : composmentis

Kualitatif : Composmentis, apatis, somnolent, sopor, soporocomatus, coma

Tanda-tanda vital

TD : 110/60 mmHg

Suhu : 36,6°C- 37°C

Nadi : 80-120 kali permenit

RR : 19-23 kali permenit

b) Kepala dan Leher

Inspeksi : Ekspresi wajah menyeringai, merintih atau menahan sakit.

Rambut : Tekstur, mudah rontok atau tidak, warna, bersih atau kotor.

Mata : Simetris atau tidak, respon terhadap cahaya, sklera, konjungtiva, peradangan mata.

Hidung : Bentuk, kesimetrisan struktur, fungsi indra penciuman normal atau tidak, terdapat inflamasi atau infeksi/sinusitis.

Telinga : Kesimetrisan, terdapat serumen atau tidak, fungsi pendengaran normal atau tidak.

Bibir : Mukosa bibir, adakah kelainan bentuk bibir.

Leher : Adakah pembesaran kelenjar tyroid, adakah nyeri telan.

c) Dada

Inspeksi : Bentuk, kesimetris, tidak terdapat tarikan otot bantuan pernafasan.

Palpasi : Adakah kelainan taktil fremitus, ekspansi paru, adakah nyeri tekan.

Perkusi : Batas paru dengan organ sekitar, bunyi paru

Auskultasi : Adakah suara tambahan.

d) Abdomen

Inspeksi : Bentuk, warna kulit, adanya penonjolan, lesi, asites.

Palpasi : Adakah massa, karakteristik organ, respons nyeri

Auskultasi : Peristaltik usus,

Perkusi : Adakah pembesaran organ (hepar, limfa, ginjal), adakah kelainan bunyi.

e) Ekstremitas

Atas : Adakah kelainan bentuk, adakah edema, kekuatan otot.

Bawah : Adakah kelainan bentuk, adakah oedema, kekuatan otot.

f) Genetalia

Adakah edema, adakah luka/iritasi, adakah benjolan, kebersihan

j) Data Psikologi

Data psikologi yang perlu dikaji adalah status emosional, konsep diri, mekanisme coping pasien dan harapan serta pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan sekarang.

1) Status emosional

Kemungkinan ditemukan emosi pasien jadi gelisah dan labil karena proses penyakit yang tidak diketahui atau tidak pernah diderita sebelumnya.

2) Konsep diri

Konsep diri didefinisikan sebagai semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat orang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain.

Konsep diri terdiri dari komponen-komponen berikut :

a) Citra tubuh

Kumpulan dari sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi masa lalu dan sekarang serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan, dan potensi.

b) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu.

c) Harga diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa baik perilaku seseorang sesuai ideal diri.

d) Penampilan peran

Serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial.

e) Identitas personal

Pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu.

3) Stressor

Stressor adalah faktor-faktor yang menambah beban pasien baik dari pelayanan kesehatan ataupun pribadi dan keluarga seseorang yang mempunyai stressor akan mempersulit dalam proses suatu penyembuhan penyakit.

4) Mekanisme koping

Koping mekanisme ini merupakan suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stres yang dihadapi.

5) Harapan dan pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan yang dihadapi

Hal ini perlu dikaji agar tim kesehatan dapat memberikan bantuan dengan efisien.

6) Aspek sosial dan Budaya

Pengkajian ini penyakit pada pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, faktor sosial serta support sistem yang ada pada pasien.

7) Data spiritual

Data spiritual menyangkut keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

8) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dan atau radiologi perlu dilakukan untuk memvalidasi dalam menegakkan diagnosa sebagai pemeriksaan penunjang.

9) Data pengobatan

Data ini digunakan untuk mengetahui jenis obat apa saja yang digunakan pada kasus hernia inguinalis lateralis. Untuk mengetahui keefektifan penyembuhan penyakit.

2. Dampak terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana/darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Selama proses tersebut, anak dan orang tua dapat mengalami berbagai kejadian yang ditunjukkan dengan pengalaman yang traumatik dan stress. Perasaan yang muncul pada anak yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah.

Penyebab anak stress meliputi :

a. Psikologi

Berpisah dengan orang tua, anggota keluarga lain, teman dan perubahan peran.

b. Fisiologis

Kurang tidur perasaan nyeri, imobilisasi dan tidak mengontrol diri.

c. Lingkungan asing

Kebiasaan sehari-hari berubah

d. Pemberian obat kimia

Reaksi anak saat dirawat di RS saat usia sekolah (6-12 th)

- a. Merasa khawatir akan kehilangan kelompok sosialnya karena terbiasa melakukan kegiatan bermain dengan teman sebayanya.
- b. Dapat mengekspresikan perasaan nyeri secara verbal maupun nonverbal karena anak sudah mampu mengomunikasikannya dan sudah dapat mengontrol nyerinya.
- c. Perasaan takut mati.
- d. Berusaha independen akan produktif.

Reaksi orang tua

- a. Kecemasan dan ketakutan akibat dari seriusnya penyakit, prosedur, pengobatan dan dampak terhadap masa depan.
- b. Frustrasi karena kurang informasi terhadap prosedur dan pengobatan serta tidak familiarnya peraturan rumah sakit.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil tempat perawat bertanggung jawab (Budiono dan sumirah, 2015)

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post herniatomi menurut (NANDA aplikasi, 2015), adalah :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri (biologis, fisik, kimia, psikologis)
- b) Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan diet cair ditandai dengan penurunan fungsi usus.
- c) Resiko infeksi berhubungan dengan trauma, kerusakan jaringan.
- d) Konstipasi berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder terhadap efek anesthesia.
- e) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, nyeri.

4. Rencana asuhan keperawatan menurut Aplikasi NANDA 2015

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury (biologi, kimia, fisik, psikologis).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien melaporkan nyeri berkurang atau teratasi.

NOC :

- ❖ *Pain level*
- ❖ *Pain control*
- ❖ *Comfort level*

Kriteria hasil :

- ❖ Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- ❖ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- ❖ Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- ❖ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

NIC :

- 1) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
- 2) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
- 3) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi).
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi
- 5) Kolaborasi dengan dokter

b) Resiko infeksi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat terkontrol.

NOC :

- ❖ *Immune status*
- ❖ *Knowledge : infection control*
- ❖ *Risk control*

Kriteria hasil :

- ❖ Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- ❖ Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- ❖ Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- ❖ Jumlah leukosit dalam batas normal.
- ❖ Menunjukkan perilaku hidup sehat.

NIC :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
- 2) Monitor hitung granulosit, WBC
- 3) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
- 4) Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
- 5) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.
- 6) Batasi pengunjung bila perlu
- 7) Ajarkan pasien dan tanda dan gejala infeksi
- 8) Kolaborasi dengan dokter

- c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, nyeri.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi.

NOC :

- ❖ *Join movement : active*
- ❖ *Mobility level*
- ❖ *Self care : ADLs*
- ❖ *Transfer performance*

Kriteria hasil :

- ❖ Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- ❖ Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- ❖ Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
- ❖ Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi.

NIC :

- 1) Monitoring vital sign sebelum / sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.
- 2) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.
- 3) Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien.
- 4) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan.

- 5) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.
- 6) Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi.