

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

HERNIA

A. Pengertian

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskulo-aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia (NANDA 2013). Hernia merupakan penonjolan viskus atau sebagian dari viskus melalui celah yang abnormal pada selubungnya (Pierce, 2010). Hernia adalah keluarnya isi tubuh (biasanya abdomen) melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga yang bersangkutan (Deden, 2010).

Hernia inguinal adalah menonjolnya isi suatu rongga yang melalui anulus inguinalis yang terletak di sebelah lateral vaso epigastrika inferior menyusuri kanal inguinal dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. Hernia Inguinal adalah menonjolnya suatu organ atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui sebuah defek konginital (Deden, 2010).

B. Klasifikasi

1. Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas :

a. Hernia bawaan atau 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 peritonium yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonel. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini tidak 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 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.

- b. Hernia dapatan atau akuisita (acquisitus = didapat) : yakni hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu (Aplikasi NANDA NIC NOC, 2013).

2. Menurut sifatnya, hernia dapat dibagi menjadi :

- a. Hernia reponibel/reducible, yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mengedang dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- b. Hernia ireponibel, yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (accretus=perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
- c. Hernia strangulata atau inkarserata (incarceratio=terperangkap, carcer=penjara), yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis "hernia inkarserata" lebih di maksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai "hernia strangulata". Hernia strangulata 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 (Amin, 2013)

3. Berdasar isinya hernia di bagi menjadi :

- a. Hernia adipose,yaitu hernia yang isinya jaringan lemak
- b. Standing hernia,yaitu hernia yang isinya kembali sebagian dari kantong dinding hernia.
- c. Hernia litter,hernia inkaserasi/strangulasi yang sebagian dinding usus nya terjepit dalam cincin hernia (Tutik rahayuningsih,2010)

4. Berdasarkan macam hernia ada 5 hernia yaitu:

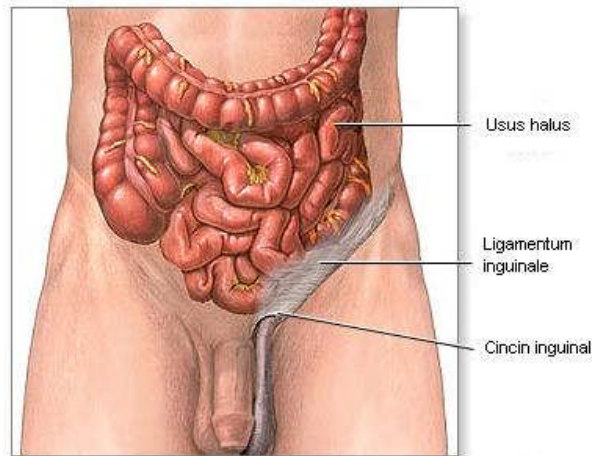
- a. Inguinalis indirect yaitu batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti saluran sperma masuk ke dalam kanalis inguinalis.
- b. Inguinalis direct yaitu batang usus melewati dinding inguinal bagian posterior.
- c. Femoral yaitu batang usus melewati femoral ke bawah ke dalam kanalis femoralis.
- d. Umbilical yaitu batang usus melewati umbilical.
- e. Hernia insisional yaitu batang usus atau organ lain menonjol melalui jaringan perut yang lemah. (Tutik,2010)

C. Anatomi Fisiologi

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

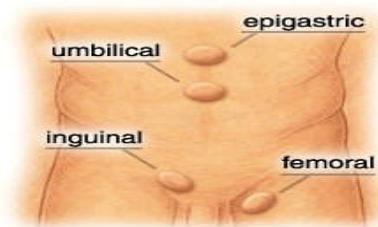
Otot transversus abdominis adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Kanalis inguinalis dibatasi di kranialateral oleh annulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fasia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis.

Pada bagian medial bawah, diatas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh annulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis muskulus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Erickson, 2009).



Gb. 2.1 Anatomi Fisiologi Hernia Inguinalis

Predisposisi penyebab terjadinya hernia inguinalis adalah terdapat defek atau kelainan berupa sebagian dinding perut atau rongga lemah. Penyebab pasti hernia inguinalis terletak pada lemahnya dinding akibat defek kongenital yang tidak diketahui lemahnya dinding dapat terjadi pada orang yang lanjut usia, factor presipitasi hernia adalah adanya peningkatan tekanan intra abdomen. Beberapa profesi di kaitkan tentang peningkatan tekanan intra abdomendi antaranya adalah buruh pekerja yang mengangkat beban adalah factor resiko peningkatan yang dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Brandt,2009).



Gb.2.2 Anatomi Fisiologi Hernia

D. Etiologi

Hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Lemahnya dinding rongga perut. Lemahnya dinding abdomen bisa disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang di dapat sesudah lahir dan usia dapat mempengaruhi lemahnya dinding perut
2. Akibat dari pembedahan sebelumnya.
3. Congenital
 - a. Hernia congenital sempurna, bayi sudah menderita hernia karena adanya efek pada tempat-tempat tertentu.
 - b. 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).
4. Kebiasaan mengangkat beban berat.
5. Terlalu mengejan saat buang air besar atau BAB
6. Ada cairan di rongga perut.
7. Riwayat keluarga yang memiliki hernia (Deden, 2010).

Hernia inguinalis dapat terjadi karena anomaly kongenital atau karena sebab yang di dapat. Tekanan intra abdomen yang meninggi secara kronik seperti batuk kronik, hipertrofi prostat, konstipasi, dan asites sering memicu terjadinya hernia inguinalis (Sjamsuhidajat ,2010).

E. Insidens

Sebanyak 10% dari populasi dunia mengalami beberapa jenis hernia selama hidup. Sebanyak 50% adalah untuk hernia inguinalis tidak langsung, dimana pria : wanita memiliki resiko 7:1, sementara 25% adalah untuk hernia inguinalis langsung. Insidens hernia meningkat dengan bertambahnya umur. Hal ini berhubungan dengan berbagai aktivitas yang memungkinkan peningkatan tekanan intraabdomen dan berkurangnya kekuatan jaringan penunjang (Erickson, 2009).

Baik hernia inguinalis indirek maupun femoral lebih sering terjadi di sisi kanan. Dibanding dengan semua hernia, hernia femoral memiliki angka strangulasi tertinggi (15-20%) dari semua hernia. (Courtney m. 2010) Lebih dari 750.000 pasien yang melakukan operasi di Amerika per tahun insiden hernia inguinalis yang mengalami inkarserata atau strangulata bervariasi 5-10%. Hernia inguinalis inkarserata dan strangulata merupakan kasus akut abdomen yang harus segera di tangani karena dapat mempengaruhi morbiditas (19-30%) dan mortalitas 1,4-10,3% (Paul, 2014)

Hernia diskus intervertebralis biasanya terjadi pada dewasa (kebanyakan laki-laki) di bawah usia 45 tahun. Sekitar 90% hernia diskus intervertebralis terjadi di daerah lumbal dan lumbosacral, 8% terjadi di daerah servikal, dan 1% hingga 2% terjadi di daerah torakal. Pasien yang memiliki kanalis spinalis lumbal yang secara kongenital berukuran sempit atau disertai pembentukan osteofit di sepanjang vertebra mungkin lebih rentan terhadap kompresi radik saraf dan menghadapi kemungkinan yang lebih besar untuk memperlihatkan gejala neurologi (Kowalak 2011)

F. Patofisiologi

Hernia terjadi karena hasil dari adanya defek lubang, akibat adanya kelainan kongenital. Biasanya hernia bersifat kongenital dan disebabkan oleh kegagalan penurunan *prosesus vaginalis* (kantong hernia). Hernia ini bisa disebabkan karena kelemahan otot pada dinding abdomen dan adanya peningkatan tekanan intra abdomen yang disebabkan oleh kehamilan kerja keras mengejan pada waktu BAB dan miksi, batuk menahun (Tutik, 2010)

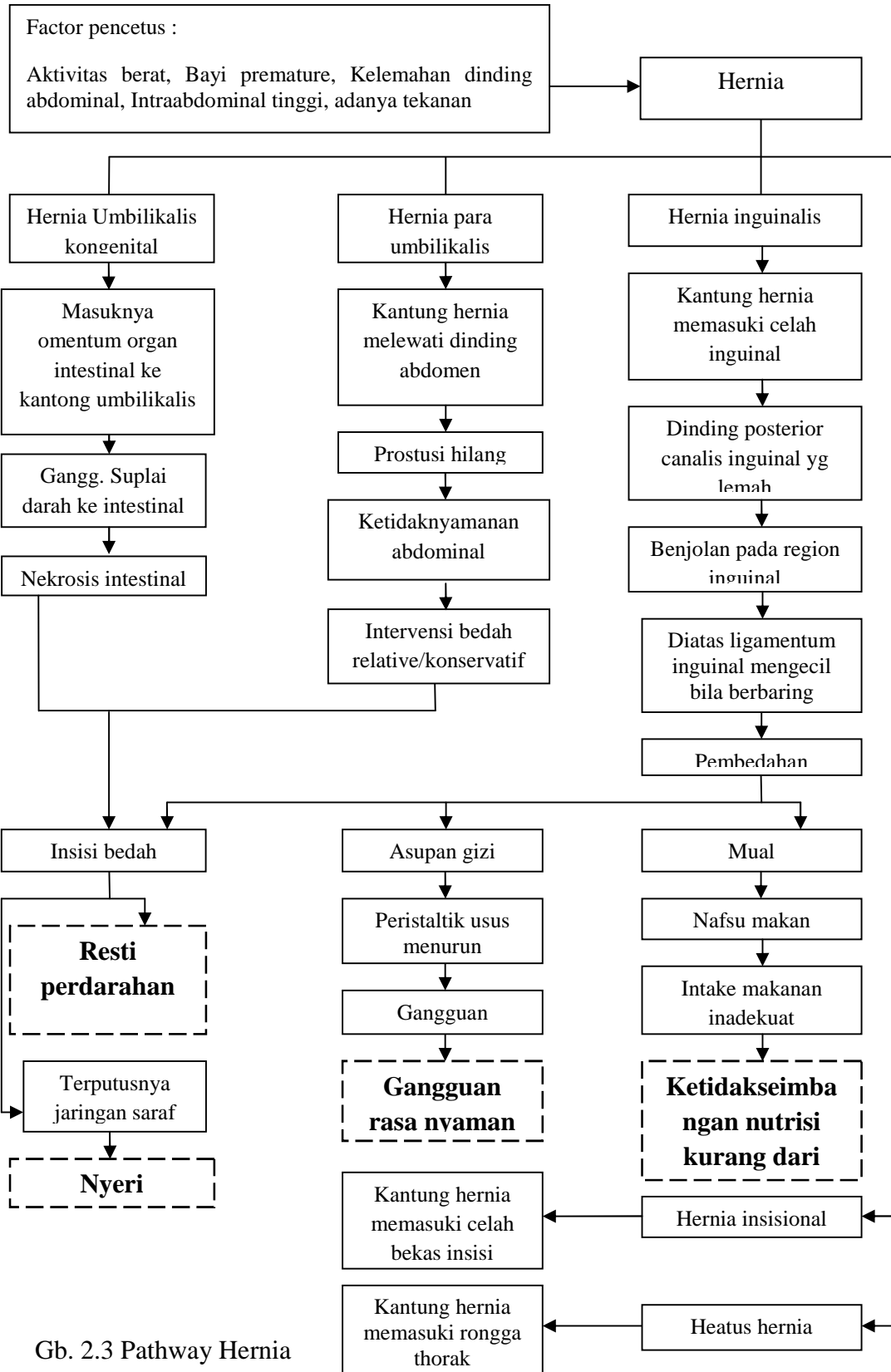
Pada hernia inguinalis dapat terjadi penonjolan usus besar atau usus halus, omentum atau kandung kemih ke dalam kanalis inguinalis. Pada hernia indirek viserata abdomen meninggalkan rongga abdomen melalui anulus inguinalis dan mengikuti funikulus spermaticus hal ini terjadi pada laki-laki (Kowalak 2011)

Hernia inguinalis langsung (hernia inguinalis medialis), dimana kondisi protrusi 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 (Sjamsuhidayat, 2010).

Hernia di sebabkan oleh dinding perut yang mulai melemah, dan kantung usus memasuki celah inguinalis, menyebabkan dinding posterior canalis menjadi lemah dan menimbulkan benjolan pada inguinalis, Usus keluar jika berdiri atau mengedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus (Reponible), sedang hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritonium kantong hernia (Ireponible)

G. Pathway



Gb. 2.3 Pathway Hernia

H. Manifestasi Klinis

1. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
2. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
3. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
4. Bila terjadi hernia inguinalis stragulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.
5. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan di bawah sela paha.
6. Hernia diafragma menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
7. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar (Nurarif, 2013)

Manifestasi klinis hernia reponible :

1. Pasien merasa tidak enak di daerah benjolan.
2. Ada benjolan di daerah salah satu lokasi di abdomen misalnya inguinal, femoralis dan lain-lain. Benjolan timbul saat mengejan, mengangkat beban berat dan hilang pada waktu istirahat.
3. Kadang-perut kembung
4. Apabila terjadi perlengketan pada kantung hernia dan isi hernia maka tidak dapat di masukan lagi.

Manifestasi klinis hernia inkaserata :

1. Adanya gambaran obstruksi usus dimana pasien mengalami obstipasi, muntah, tidak flatus, perut kembung dan dehidrasi
2. Terjadi gangguan keseimbangan cairan elektrolit dan asam basa.
3. Bila lelah terjadi strangulasi. pasien merasakan nyeri hebat di daerah hernia, dimana nyeri menetap karena rangsangan

peritoneum. Pada pemeriksaan local ditemukan benjolan yang tidak dapat di masukan lagi di sertai nyeri tekan.

4. Dapat di jumpai tanda abses local atau peritonitis, keadaan ini merupakan kegawat daruratanj dan memerlukan penanganan segera (Deden, 2010).

I. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksasaan darah

- a. Lekosit : peningkatan jumlah lekosit mengindikasikan adanya infeksi.
- b. Hemoglobin : Hemoglobin yang rendah dapat mengarah pada anemia/kehilangan darah.
- c. Hematokrit : peningkatan hematokrit mengindikasikan dehidrasi
- d. Waktu koagulasi : Mungkin diperpanjang, mempengaruhi hemostasis intraoperasi/pascaoperasi.

2. Pemeriksaan kultur jaringan untuk mendeteksi adanya adenitas tuberculosis

3. Foto polos abdomen untuk mendeteksi adanya udara pada usus dan untuk mendeteksi adanya ileus.

4. CT Scan untuk mendeteksi adanya hernia ekstrakolon.

5. USG untuk menilai massa hernia inguinalis (Erickson, 2009).

J. Komplikasi

1. Infeksi daerah operasi, dalam reparasi hernia kebanyakan ahli setuju untuk tidak menggunakan profilaksis antimikroba secara rutin.

2. Cedera saraf, cedera saraf laparoskopik diminimalisasi dengan tidak menggunakan staples di bawah bagian lateral traktus iliopubik

3. Orkitis iskemik

4. Cedera vans deferens dan visera

5. Hernia rekuren (Courtney M., 2010).

K. Penatalaksanaan medis

Setiap penderita hernia inguinalis lateralis selalu harus diobati dengan jalan pembedahan. Pembedahan secepat mungkin setelah diagnosis ditegakkan. Adapun prinsip pembedahan hernia inguinalis lateralis adalah sebagai berikut :

1. Herniotomi : membuka dan memotong kantong hernia ke cavum abdominalis
2. Hernioraphy : mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada tendon supaya tidak masuk lagi.
3. Hernioplasty : memberi kekuatan pada dinding perut dan menghilangkan (menutup pintu hernia) sehingga tidak residif dengan cara mengikatkan conjoin ke ligamentum inguinale. Hal ini tidak dilakukan pada pasien anak-anak.

Indikasi pembedahan pada hernia inguinalis, meliputi hal-hal berikut:

- A. Penonjolan besar yang mengindikasikan peningkatan resiko hernia inkarserata atau hernia strangulata.
- B. Nyeri hebat yang merupakan respon masuknya penonjolan memenuhi kanal.

Hernia inkarserata dan *herniastrangulata*. Pembedahan mungkin diperlukan untuk menghilangkan bagian dari usus, apabila kondisi hernia adalah inkarserata dan hernia strangulata dengan intervensi reseksi usus. Reseksi usus juga dapat dilakukan secara laparoskopik (Sherwinter, 2009).

L. Hal-hal yang harus diperhatikan untuk perawatan post operasi

1. hindari penyakit yang mungkin terjadi yaitu perdarahan, syok, muntah, distensi, kedinginan, infeksi, dekubitus, sulit BAK.
2. Observasi keadaan klien.
3. Cek tanda-tanda vital.
4. Lakukan perawatan luka dan ganti balutan operasi.
5. Mobilisasi secara dini terutama pada hari pertama dan hari kedua.

6. Perawatan tidur dengan sikap fowler (45°-60°)
7. Hari kedua boleh duduk.
8. Hari ketiga boleh jalan.
9. Diet dan pemenuhan nutrisi
 - a. Hari 1: diet bubur sumsum dan susu cair
 - b. Hari 2: diet bubur saring
 - c. Hari 3: berturut-turut diet ditingkatkan

M. Pengkajian

Pengkajian hernia inguinalis terdiri atas pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik, dan evaluasi diagnostic. Pada anamnesis keluhan utama lazim didapatkan adalah keluhan adanya benjolan pada lipatan paha atau nyeri hebat pada abdomen.

Keluhan adanya benjolan akibat masuknya material melalui kanalis inguinal bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak. Keluhan nyeri hebat bersifat akut berupa nyeri terbakar pada pada sisi hernia terutama pada hernia strangulata dan hernia inkarserata.

Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang, keluhan lain yang didapat sesuai dengan kondisi hernia. pada hernia reponibel biasanya keluhan yang ada berupa adanya benjolan setelah mengalami aktivitas peningkatan tekanan intraabdominal, seperti batuk, bersin, atau mengejan. Pada hernia inkarserata dan hernia strangulata akut didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta perasaan kelelahan pasca nyeri sering didapatkan. Keluhan akan semakin berat apabila lamanya awitan dengan kunjungan pasien ke rumah sakit terlalu lama, dan akan memperburuk kondisi umum pasien.

Fokus pengkajian dan hal yang harus di tanyakan :

- a) Tanda gejala yang di rasakan pasien sekarng.
- b) Apakah pasien mengalami nyeri perut bagian bawah?
- c) Kapan rasa nyeri timbul?
- d) Apakah ada riwayat pembedahan sebelumnya?
- e) Pekerjaan yang seperti apa yang di lakukan sehari hari misalkan terlalu sering mengangkat benda berat (deden,2010).

Pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan manifestasi klinik hernia. pada survei umum pasien hernia reponibel berada pada kondisi optimal, sedangkan pada pasien hernia inkarserata dan strangulate pasien terlihat lemah dan kesakitan, TTV mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gejala dehidrasi. Suhu badan pasien akan naik $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ dan terjadi takikardia. Pada pemeriksaan fisik fokus akan didapatkan hal-hal berikut:

Inspeksi : secara umum akan terlihat penonjolan abnormal pada lipatan paha. Apabila tidak terlihat dan terdapat riwayat adanya penonjolan, maka dengan pemeriksaan sederhana pasien didorong untuk melakukan aktivitas peningkatan intraabdominal, seperti mengedan untuk menilai adanya penonjolan pada lipat paha.

Palpasi : turgor kulit < 3 detik menandakan gejala dehidrasi. Palpasi pada kantong hernia yang kosong kadang dapat diraba pada funikulus spermaticus 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 ditemukan. Kantong hernia mungkin berisi organ, tergantung isinya, pada palpasi mungkin teraba usus, omentum (seperti karet), atau ovarium. Dengan jari telunjuk atau jari kelingking, pada anak, dapat dicoba mendorong isi hernia dengan menekan kulit skrotum melalui annulus eksternus sehingga dapat ditentukan apakah isi hernia dapat direposisi atau tidak. Dalam hal hernia dapat direposisi, pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien diminta mengedan. Apabila ujung jari menyentuh hernia, berarti hernia inguinalis lateralis, dan apabila bagian sisi jari yang menyentuh, berarti hernia inguinalis medialis (Sjamsuhidayat, 2005).

Perkusi : nyeri ketuk dan timpani terjadi akibat adanya flatulen, menandakan sekunder dari adanya obstruksi intestinal atau hernia strangulasi.

Auskultasi : penurunan bising usus atau tidak ada bising usus menandakan gejala obstruksi intestinal.

Pengkajian diagnostic yang dapat membantu, meliputi pemeriksaan kultur jaringan untuk mendeteksi adanya adenitis tuberkulosis, foto polos abdomen untuk mendeteksi adanya udara pada usus dan untuk mendeteksi adanya ileus, CT Scan untuk mendeteksi adanya ileus, CT Scan untuk mendeteksi adanya hernia ekstrakolon, dan USG untuk menilai massa hernia inguinalis (Erickson, 2009).

N. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
 2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dan kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan dan minuman tidak cukup
 3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (herniotomy)
 4. Resiko tinggi perdarahan
 5. Deficit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik.
- (NANDA NIC NOC 2013).

O. Intervensi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan).
Tujuan : pasien dapat mengontrol nyeri.

Intervensi :

- 1) Kaji lokasi nyeri, karakteristik nyeri dan kualitas secara komprehensif.
- 2) Observasi tanda non verbal terhadap ketidaknyamanan
- 3) Berikan informasi tentang nyeri, penyebab, dan rencana antisipasi.
- 4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis.
- 5) Berikan pertolongan/ pembebasan nyeri dengan analgesik yang diresepkan.

- 6) Tingkatkan kedekatan istirahat/ tidur.
- 7) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
- 8) Kolaborasikan dengan dokter bila ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan dan minuman tidak adekuat

Tujuan : terjadi keseimbangan intake dan kebutuhan

Intervensi:

- 1) Tanyakan apakah pasien alergi terhadap makanan tertentu.
- 2) Dorong untuk meningkatkan asupan intake Fe
- 3) Berikan makanan yang terpilih.
- 4) Monitor jumlah nutrisi dan kalori yang di berikan.
- 5) Dorong untuk menjaga kebersihan gigi dan mulut.
- 6) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi terhadap penyembuhan penyakit.
- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien.

c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (hernitomi)

Tujuan : tidak terjadi infeksi setelah fase inflamasi.

Intervensi :

- 1) Periksa kondisi insisi pembedahan/ luka
- 2) Lakukan pengobatan luka/ ganti balutan pada hari ke-3 atau sewaktu-waktu jika balutan basah/ kota.
- 3) Lakukan perawatan cateter.
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi
- 5) Tingkatkan kecukupan asupan nutrisi
- 6) Berikan antibiotik yang diresepkan.
- 7) Ajarkan klien tanda dan gejala infeksi dan anjarkan untuk melaporkan jika terdapat.

8) Ajarkan pasien dan keluarga untuk menghindari infeksi.

d. Resiko tinggi perdarahan

Tujuan: klien tidak mengalami perdarahan.

Intervensi :

- 1) Monitor tanda-tanda perdarahan.
- 2) Monitor TTV ortostatik.
- 3) Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT,PTT,trombosit
- 4) Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif.
- 5) Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma.
- 6) Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K.

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

NOC :

Self care : Activity of Daily Living (ADLs)

Tujuan : pasien dapat mencapai tingkat kemampuan aktifitas yang optimal dan ADL secara mandiri.

Intervensi :

- 1) Kaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pasien
- 2) Beri penjelasan tentang pentingnya melakukan aktifitas.
- 3) Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang di perlukan.
- 4) Pertimbangkan usia klien bila ingin mempromosikan perawatan diri mandiri.
- 5) Ajarkan pasien/keluarga penggunaan metode alternatif untuk hygiene
- 6) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya.

