

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Medik

##### 1. 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 (Sjamsuhidajat R, 2010).

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 2015).

Hernia inguinalis yaitu penonjolan bagian organ dalam melalui pembukaan yang abnormal pada dinding rongga tubuh yang mengelilinginya ( Lippincot Williams & Wilkins, 2012 ).

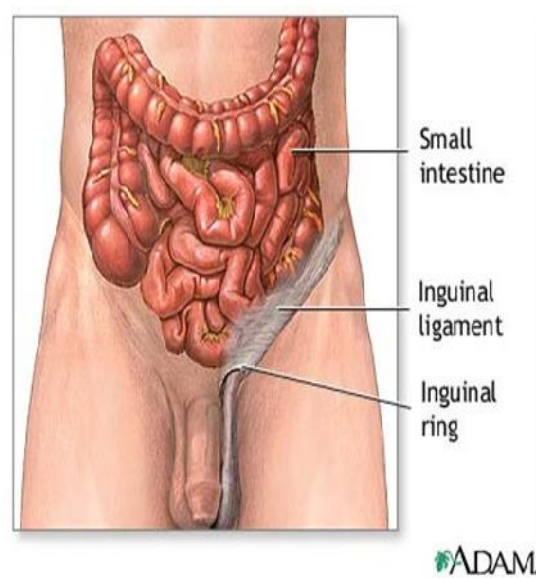
Hernia inguinalis yaitu kondisi protrusi ( penonjolan ) organ *intestinal* masuk melalui rongga defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari *cincin inguinalis*. Materi yang masuk lebih sering adalah usus halus, tetapi bisa juga merupakan suatu jaringan lemak/ *omentum*. ( Erickson, 2009 ).

##### 2. Anatomi 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 organ *aponeurosis* (Sherwinter, 2009).

Otot *transversum abdominis* adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kedua 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 (*spinailaka anterior superior*). *Kanal is inguinalis* dibatasi di kranio lateral oleh *annulus inguinalis internus* yang merupakan bagian terbuka dari *fasia transversalis* dan *aponeurosis musculus transversus abdominis*. Pada bagian medial bawah, di atas *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 2.1

Anatomis yang berhubungan dengan hernia inguinalis. hernia inguinalis merupakan kondisi prolapsi organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis (Manoharan S, Samarakkody, Kulkarni M, Blakelock R, Brown S, 2005)

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu *kanalis inguinalis* yang berjalan miring, adanya struktur dari *muskulus oblikus internus abdominis* yang menutup *annulus inguinalis internus* ketika berkontraksi, dan adanya *fasia transversa* yang kuat menutupi *trigonum hasselbach* yang umumnya hampir tidak berotot. Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Sjamsuhidajat R, 2010).

Menurut NANDA (2015) hernia dapat dibagi menjadi :

a. Hernia menurut letaknya, antara lain :

- 1) Hernia hiatal yaitu kondisi dimana kerongkongan ( pipa tenggorokan ) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (toraks).
- 2) Hernia epigastrik yaitu terjadi diantara pusar bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terdiri dari jaringan lemak dan jarang berisi usus. Terbentuk dibagian perut yang relatif lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.
- 3) Hernia umbilikal yaitu berkembang didalam dan disekitar umbilikus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya. Orang jawa sering menyebutnya “ wudel bodong “. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), hernia jenis ini biasanya menutup secara bertahap sebelum umur 2 tahun.
- 4) Hernia inguinalis yaitu hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan diselakangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “ turun bero “ atau “ hernia “. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos kebawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan dibawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak anda mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.
- 5) Hernia femoralis yaitu muncul sebagai tonjolan dipangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria.

- 6) Hernia insisional yaitu dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan di sekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sebelumnya.
  - 7) Hernia nukleus pulposi yaitu hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus *intervertebralis* yang menyerap guncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus *intervertebralis* yang menyebabkan syaraf terjepit (*sciatica*) HNP umumnya terjadi dipinggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.
- b. Hernia berdasarkan terjadinya, antara lain :
- 1) Hernia bawaan atau kongenital yaitu jenis hernia inguinalis lateralis (indirek), kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik *peritoneum* ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan *peritoneum* yang disebut dengan *prosesus vaginalis peritonei*. 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. 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 resistensi, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra abdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

- 2) Hernia dapatan atau akuista yaitu hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.
- c. Hernia berdasarkan sifatnya, antara lain :
- 1) 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.
  - 2) Hernia *ireponible* yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan kedalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada *peritoneum* kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta. Tidak ada keluhan raa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
  - 3) Hernia *strangulata* yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali kedalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau *vaskularisasi*. Secara klinis “ *hernia inkarserata* “ lebih dimaksudkan untuk hernia ireponible dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan pasase atau *vaskularisasi* disebut sebagai “ hernia strangulata “. Hernia strangulata mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen disalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

### 3. Etiologi

Hernia inguinalis dapat terjadi karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat. Pada bayi dan anak, hernia lateralis diebabkan oleh kelainan bawaan berupa tidak menutupnya *prosesus vaginalis peritonium* sebagai akibat proses penurunan testis ke skrotum. Insiden hernia meningkat dengan bertambahnya usia mungkin karena meningkatnya penyakit yang meninggikan tekanan intraabdomen dan berkurangnya kekutan jaringan penunjang ( R Sjamsuhidayat, 2010).

Faktor yang dipandang kasual :

- a. Adanya proses vaginalis terbuka
- b. Peninggian tekanan didalam rongga perut
- c. Kelemahan otot dinding perut karena usia

Menurut Aplikasi NANDA NIC NOC 2013

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

- a. Congenital
- b. Ibu hamil
- c. Mengejan
- d. Pengangkatan beban berat

#### 4. Insiden

Angka kejadian hernia inguinalis (medial/ direk dan lateralis/ indirek) 10 kali lebih banyak daripada hernia femoralis dan keduanya mempunyai presentase sekitar 75-80% dari seluruh jenis hernia, hernia insisional 10%, hernia ventralis 10%, hernia umbilikalis 3% dan hernia lainnya sekitar 3%. Hernia inguinalis dapat diderita oleh semua usia, tetapi angka kejadian hernia inguinalis meningkat dengan bertambahnya umur dan terdapat distribusi bimodal (dua modus) untuk usia yaitu dengan puncaknya pada usia 1 tahun dan pada usia rentang 40 tahun. Pada anak, insidennya 1-2% dengan kasus 10% mengalami komplikasi *inkarserasi*. Pada usia sekitar satu tahun, sekitar 30% *proccesus vaginalis* belum tertutup. Hernia inguinalis lebih sering terjadi disebelah kanan 60% dan kiri 20-25%, dan bilateral 15% (Sjamsuhidajat R, 2010).

Menurut WHO pada tahun 2008, 35% dari orang dewasa berumur di atas 20 tahun di dunia mempunyai kategori *overweight* dan 11% obesitas di wilayah Asia Tenggara 14% *overweight* dan 3% obesitas (WHO, 2013). Dalam salah satu penyebab hernia adalah obesitas yang dapat meningkatkan tekanan intraabdomen. Berdasarkan badan Libangkes Kemenkes RI, prevalensi status gizi berdasarkan indeks massa tubuh untuk penduduk dewasa (>18 tahun) di Indonesia tahun 2010 adalah 12,6% pada kategori kurus, kategori normal 65,8%, kategori berat badan lebih / *overweight* 10,0%, dan obesitas 11,7%.

Untuk wilayah Jawa Tengah, presentase penduduk dengan kategori kurus sebesar 13,7%, normal 67,4%, berat badan lebih/*overweight* 9,3%, dan obesitas 9,5% (Kemenkes RI, 2012).

#### 5. Patofisiologi

Hernia inguinalis tidak langsung (*hernia inguinalis lateralis*), dimana prostusi keluar dari rongga *peritoneum* melalui *annulus inguinalis internus* yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam *kanalis inguinalis* dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar dari *annulus inguinalis eksternus*. Apabila hernia ini berlanjut, tonjolan akan sampai keserotum melalui jalur yang sama seperti pada saat testis bermigrasi dari rongga perut keserotum pada saat perkembangan janin. Jalur ini biasanya menutup sebelum kelahiran, tetapi mungkin tetap menjadi isi hernia di kemudian hari (Manoharan, 2005).

Hernia inguinalis langsung (*hernia inguinalis medialis*), dimana kondisi prostusi kedepan melalui segitiga *Hesselbach*, daerah yang dibatasi oleh ligament inguinalis dibagian inferior, pembuluh *epigastrika* dibagian lateral dan *tepiotrektus* dibagian medial. Dasar segitiga *Hasselbach* dibentuk oleh *fasia 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 keserotum, umumnya tidak disertai strangulasi karena cincin hernia longgar. *Sarafilio inguinalis* dan *sarafilio femoralis* mempersarafi otot *diregion inguinalis*, sekitar kanalis inguinalis, dan tali sperma, serta sensibilitas kulit *region inguinalis*, skrotum, dan sebagian kecil kulit tungkai atas bagian *proksimomedial* (Sjamsuhidajat R, 2010).

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

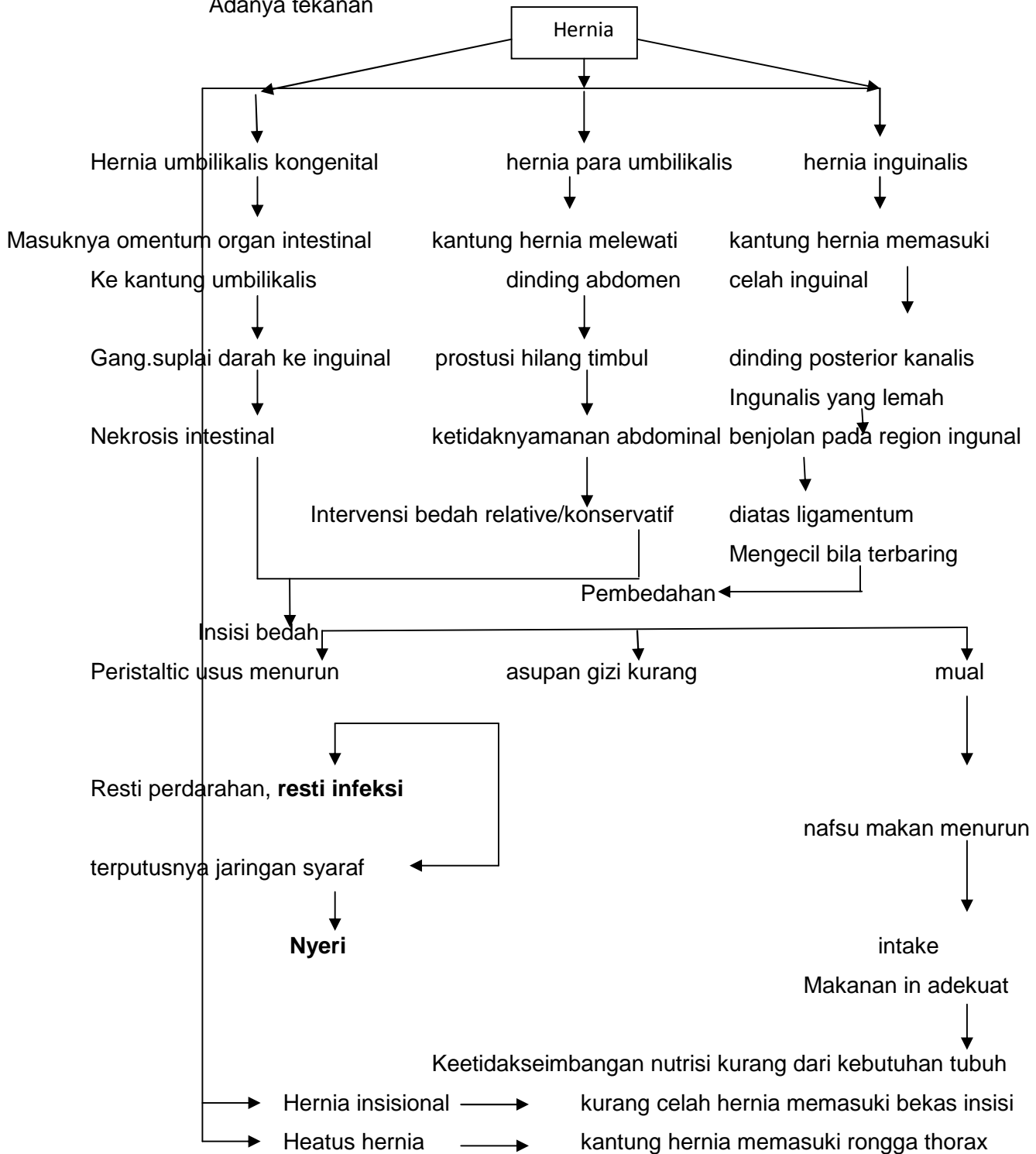
tidak dapat masuk kembali kedalam rongga perut, maka disebut *hernia irreponible* atau *hernia akreta*. Kondisi ini biasanya berhubungan dengan perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia, tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun sumbatan usus (Nicks, 2008).



6. Pathway

Gambar 3.2 Pathway

Faktor pencetus : aktivitas berat, bayi premature, Kelemahan dinding abdominal, intraabdominal tinggi, Adanya tekanan



## 7. Manifestasi Klinik

Menurut Arif Mansjoer (2007), manifestasi klinis dari hernia adalah sebagai berikut :

### a. Adanya benjolan (biasanya *asimtomatik*)

Keluhan yang timbul berupa adanya didaerah inguinal dan atau skrotal yang hilang timbul. Timbul bila peningkatan tekanan intra peritoneal misalnya mengedan, batuk-batuk, tertawa atau menangis. Bila pasien tenang, benjolan akan hilang secara spontan.

### b. Nyeri

Keluhan nyeri pada hernia ini jarang dijumpai, walaupun ada yang dirasakan didaerah *epigastrium* atau para *umbilikal* berupa nyeri *viseral* akibat renggangan pada mesenterium sewaktu satu segmen usus halus masuk kedalam kantung hernia (jenifer, 2007). Bila usus tidak dapat kembali karena jepitan oleh annulus inguinalis, terjadi gangguan pembuluh darah dan gangguan pasase segmen usus yang terjepit. Keadaan ini disebut hernia strangulata. Secara klinis keluhan pasien adalah rasa sakit terus menerus.

### c. Gangguan pasase usus seperti abdomen kembung dan muntah

Tanda klinik pada pemeriksaan fisik tergantung pada isi hernia. Pada inspeksi : saat pasien mengedan dapat dilihat hernia inguinalis lateralis muncul sebagai penonjolan diregio inguinalis yang berjalan dari lateral atas kemedial bawah. Palpasi : kantong hernia yang kosong 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 ditentukan. Kalau kantong hernia berisi organ maka telunjuk dan jari kelingking pada anak kecil, dapat dicoba mendorong isi hernia dengan menonjolkan skrotum melalui *annulus eksternus* sehingga dapat ditentukan apakah isi hernia dapat direposisi atau tidak. Apabila hernia dapat direposisi, pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien diminta mengedan.

Kalau hernia menyentuh ujung jari, berarti hernia inguinalis lateralis dan kalau samping jari menyentuh menandakan hernia inguinalis medialis.

Menurut (NANDA aplikasi jilid 2) manifestasi klinis hernia adalah :

a. Subyektif

Biasanya pasien mengatakan terasa ada yang turun atau kelingsir atau mengatakan ada benjolan diselakangan / kemaluan.

b. Obyektif

1) Terdapat benjolan diselakangan / kemaluan dan benjolan tersebut bisa mengecil / menghilang pada waktu tidur. Bila menangis, mengejan, mengangkat benda berat atau bila pasien berdiri dapat timbul kembali, bila telah terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri.

2) Keadaan umum pasien biasanya baik

a) Sebelum operasi

Bila benjolan sudah tampak, diperiksa apakah benjolan tersebut dapat dimasukkan kembali. Pasien minta berbaring, bernafas dengan mulut untuk mengurangi tekanan intra abdominal. Diagnostik pasti hernia pada umumnya sudah dapat ditegakkan dengan pemeriksaan klinis yang teliti.

b) Sesudah operasi

Nyeri didaerah operasi, lemas, pusing, mual dan kembung.

8. Test Diagnostik

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

a. *Herniografi*

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

b. *USG*

Sering digunakan untuk menilai hernia yang sulit dilihat secara klinis, misalnya pada *spigelian* hernia.

c. *CT dan MRI*

Berguna untuk menentukan hernia yang jarang terjadi ( misalnya hernia *obturator* ).

d. *Laparascopy*

Hernia yang tidak diperkirakan terkadang ditemukan saat *laparaskopi* untuk nyeri perut yang tidak dapat didiagnosa.

9. Komplikasi

Komplikasi hernia inguinalis menurut (Mansjoer 2007) :

- a. Terjadi perlengketan antara isi hernia dengan dinding kantong hernia, sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Keadaan ini disebut hernia ireponible. Pada keadaan ini belum ada gangguan penyaluran isi usus. Isi hernia yang sering menyebabkan keadaan ireponible adalah omentum, karena mudah melekat pada dinding hernia dan isinya dapat menjadi lebih besar karena infiltrasi lemak.
- b. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia akibat makin banyaknya usus yang masuk. Keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus diikuti dengan gangguan vaskuler ( proses strangulasi ) hernia inguinalis strangulate.

10. Penatalaksanaan Medik

a. Pengobatan konservatif

1) Terapi umum

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

2) Reposisi

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

3) Suntikan

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

4) Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu hernia relatif kecil.

b. Pengobatan operatif

Setiap penderita hernia inguinalis lateralis selalu dilakukan pembedahan. Pembedahan secara cepat mungkin setelah diagnosis ditegakkan. Adapun prinsip pembedahan hernia inguinalis lateralis adalah sebagai berikut :

1) *Herniotomi*

Yaitu membuang kantong hernia. Hal ini terutama pada anak-anak karena dasarnya adalah kengenital 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 operatif

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 degan pengangkatan jahitan.

3) Mobilisasi dini

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

4) Discharge planing

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

a) Untuk perawat : berisi point-poin discharge planing 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 serat dan masukan cairan yang adekuat.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

Didalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi 5 tahap, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2015).

#### **a. Pengumpulan data**

##### **1) Anamnesa**

##### **a) Identitas pasien**

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor 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 hernotomi adalah nyeri didaerah 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 fekuensi. Dengan menggunakan alat bantu mencakup PQRST. P (provokatif atau paliative) yaitu hal atau faktor pencetus terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan, nyeri yang dirasakan biasanya bertambah bila pasien berjalan, bersin, batuk

dan nafas dalam. Q (qualitas atau quality) yaitu kulaitas dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan seperti tetimpa benda berat, ditusuk-tusuk atau tersayat. R (region atau radition) yaitu daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan. S (save quality atau radition scale) yaitu keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. T (time ) yaitu waktu dimana keluhan dirasakan.

d) Riwayat penyakit dahulu

Pada tahap dikaji tentang latar belakang kehidupan pasien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi.

e) Riwayat keluarga

Pada tahap ini dikaji tentang riwayat kesehatn keluarga adalah dalam keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan pasien saat ini dan atau riwayat penyakit keturunan.

f) Riwayat psikososial

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

g) Data biologis

(1) Pola nutrisi

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

(2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, 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 dirumah dan di Rumah Sakit dibantu atau secara mandiri.

(6) Pemeriksaan fisik

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

Tanda-tanda vital

TD : Normal ( 120/80mmHg )

N : takicardi ( 80-120 kali permenit )

Suhu : hipotermi ( 36°c-37°c )

RR : 16-24 kali permenit

(a) Kepala dan leher

(b) Inspeksi : ekspresi wajah menyeringai, merintih dan menahan sakit.

Rambut : lurus atau keriring, distribusi rambut merata atau tidak, warna, bersih atau tidak.

Mata : simetris atau tidak, respon terhadap cahaya, sklera, konjungtiva.

Hidung : terdapat mukus atau tidak, pernaftaan cuping hidung atau tidak, fungsi indra penciuman normal atau tidak, terdapat polip atau tidak.

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

Bibir : mukosa bibir, adakah kelainan bibir.

Leher : adakah pembesaran kelenjar thyroid, adakah nyeri telan.

(c) Dada

Paru

Inspeksi : simetris, terjadi kelainan bentuk atau tidak, adakah retraksi dinding dada, gerakan kanan dan kiri simetris tidak.

Palpasi : terdapat massa atau tidak, adakah nyeri tekan, ekspansi dada normal atau tidak, traktil fremitus kanan dan kiri sama.

Perkusi : adakah kelainan bunyi paru.

Auskultasi : adakah suara tambahan.

Jantung

Inspeksi : ictus cordis terlihat atau tidak.

Palpasi : terjadi nyeri tekan atau tidak, ictus cordis teraba.

Perkusi : adakah bunyi abnormal dari batas-batas jantung.

Auskultasi : adakah suara tambahan.

(d) Data psikologis

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

1) Status emosional

Kemungkinan ditemukan emosi pasien jadi gelisah karena proses penyakit karena tindakan pembedahan yang berulang.

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 berikut :

a) Citra tubuh

Kumpulan dari sikap individu yang disadari atau 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 seharusnya dia bersikap dan berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan dan 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, kesianmbungan, konsistensi, dan keunikan induvidu.

3) Sressor

Stressor adalah faktor-faktor yang menambah beban pasien baik dari pasien dan pelayanan kesehatan dan keluarga, seseorang mempunyai sterssor akan mempersulit dalam prses suatu penyembuhan penyakit.

4) Mekanisme coping

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

5) Harapan dan pemahaman pasien tentang kondisi kesehatan yang dihadapi.

6) Aspek sosial dan budaya

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

7) Data spiritual

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

8) Pemeriksaan penunjang

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

9) Data pengobatan

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

2. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah elemen yang sangat penting bagi manusia untuk memenuhi kebutuhannya, apabila seseorang mengalami suatu penyakit maka pemenuhan kebutuhannya akan terganggu seperti penyakit hernia inguinalis yaitu kondisi protrusi ( penonjolan ) organ intestinal masuk melalui rongga 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). Penyebab dari hernia berbagai macam seperti mengangkat benda berat, bawaan dll. Seseorang mengalami post operasi sehingga aktivitas dan pekerjaan terganggu dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

### 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat anda secara legal mengidentifikasi dan anda dapat memberikan intervensi secara pasti menjaga status kesehatan atau mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Budiono, 2015).

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

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

### 4. Rencana asuhan keperawatan menurut NANDA aplikasi 2015

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan dimana anda mampu cara menyelesaikan masalah dengan tepat dan efisien (Budiono, 2015).

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

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

### NOC

- 1) *Pain level*
- 2) *Pain control*
- 3) *Comfort level*

Kriteria hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untyk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- b) Melaorkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manjemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- d) 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 tehnik nonfarmakologi.
- (5)Kolaborasi dengan dokter.

### b. Resiko infeksi

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

### NOC

- 1) *Immune status*
- 2) *Knowledge*
- 3) *Risk contro*

Kriteria hasil :

- a) Klie bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- b) Mendiskripsikan proses penulaan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.

- d) Jumlah leukosit dalam batas normal.
- e) 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 melakukan 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 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

- 1) *Join movement : active*
- 2) *Mobility level*
- 3) *Self care : ADLs*
- 4) *Transfer performance*

Kriteria hasil :

- a) Klien meningkat dalam aktivitas fisik.
- b) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.
- c) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.
- d) 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.