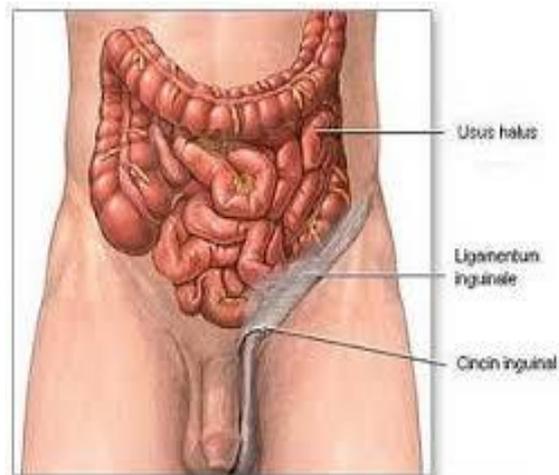


Bab 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomihernia inguinalis.

Sumber : Muttaqin dan Sari (2011: 586)

Hernia terdiri dari 3 unsur yaitu kantong hernia yang terdiri dari peritonium, isi hernia yang biasanya terdiri dari usus, omentum, kadang berisi organ ekstrapéritoneal seperti ovarium, appendix divertikel dan buli. Unsur terakhir adalah struktur yang menutupi kantong hernia yang dapat berupa kulit (skrotum) umbilikus atau organ-organ lain misalnya paru dan sebagainya (Martini, H, 2011).

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*.

Otot tranversus abdominis adalah otot internal lateral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan aponeurotik tranversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal

internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberkulum dan SIAS (spina iliaca anterior superior). Kanalis inguinalis dibatasi di kranio-lateral oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fascia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksternus, bagian terbuka dari aponeurosis musculus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat aponeurosis musculus oblikus eksternus, dan pada bagian bawah terdapat ligamen inguinalis. Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari musculus oblikus internus abdominis yang menutup anulus 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 (Muttaqin, 2011: 586).

2.2 Konsep Penyakit Hernia

2.2.1 Pengertian Hernia Inguinalis

Menurut Huda dan Kusuma (2015: 74) Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos kebawah melalui celah. Hernia tipe ini sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan.

Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana rongga tersebut harusnya berada dalam keadaan normal tertutup (Nanda, 2011).

Menurut Surat dan Lusianah (2010: 316) Hernia adalah protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan yang terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia.

Menurut R.Syamsuhidajat, Wim Dejong (2012). Hernia merupakan produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri dari cincin, kantong dan isi hernia.

Menurut Lewis *et.al.* (2011:1048) *The inguinal hernia is the most common type of hernia and occurs at the point of weakness in the abdominal wall where the spermatic cord in men and the round ligament in women emerge.* Artinya :

Hernia inguinalis adalah jenis yang paling umum dari hernia dan terjadi pada titik kelemahan dinding perut dimana kabel spermatika pada pria dan ligamen bulat pada wanita muncul.

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa hernia inguinalis adalah ketidaknormalan tubuh berupa tonjolan yang disebabkan karena kelemahan pada dinding otot abdomen yang terdiri dari cincin, kantong, dan isi hernia.

2.2.2 Etiologi Hernia Inguinalis

Menurut hidayat(2012), Faktor penyebab yang berperan penting adalah pembentukan pintu masuk hernia pada anulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong hernia dan isi hernia (proses vaginalis yang terbuka) dan anomali congenital.Mayoritas hernia inguinalis pada anak adalah hernia inguinalis lateralis akibat dari

prosesus vaginalis yang patent. Pada janin gonad mulai berkembang selama 6 minggu kehamilan, ketika sel benih primordial berpindah dari kantung telur (yolk sac) ke rigi gonad. Gubernakulum ligamentosa terbentuk dan turun pada salah satu sisi abdomen pada kutub inferior gonad dan melekat pada permukaan dalam lipatan labium-skrotum. Selama perjalanan turun, gubernakulum melalui dinding anterior abdomen pada tempat cincin inguinalis interna dan kanalis inguinalis. Prosesus vaginalis merupakan penonjolan di vertikulum peritoneum yang terbentuk tepat sebelah ventral gubernakulum dan berherniasi melalui dinding abdomen dengan gubernakulum kedalam kanalis inguinalis. Testis yang pada mulanya terletak didalam rigi urogenital di retroperitoneum, turun ke daerah cincin dalam pada sekitar umur kehamilan 28 hingga 36 minggu. Penurunan testis melalui kanalis inguinalis diatur oleh hormon androgen dan faktor mekanis (meningkatkan tekanan abdomen), testis turun kedalam skrotum pada umur kehamilan 29 minggu. Setiap testis turun melalui kanalis inguinalis eksterna ke prosesus vaginalis. Ovarium juga turun kedalam pelvis dari rigi urogenital tetapi tidak keluar dari rongga abdomen. Bagian kranial gubernakulum berdiferensiasi menjadi ligamentum ovarii, dan bagian inferior gubernakulum menjadi ligamentum teres uteri, yang masuk melalui cincin dalam, ke dalam labia mayor, prosesus vaginalis pada anak wanita meluas kedalam labia mayor melalui kanalis inguinalis, yang juga dikenal sebagai kanal nuck. Selama beberapa minggu terakhir kehamilan atau segera setelah, lapisan prosesus vaginalis secara normal berfusi bersama dan berobliterasi masuk ke dalam saluran inguinal di sekitar cincin interna. Kegagalan obliterasi mengakibatkan berbagai anomali inguinal. Kegagalan total obliterasi akan menghasilkan hernia inguinalis total. Obliterasi distal dengan bagian distal patensi akan menghasilkan hernia inguinalis lateralis.

Adapun Menurut suratan dan lusianah (2010:318) etiologi terjadinya hernia yaitu :

a. Defek dinding otot abdomen

Hal ini dapat terjadi sejak lahir (kongenital) atau didapat seperti usia, keturunan, akibat dari pembedahan sebelumnya.

b. Peningkatan tekanan intra abdominal

Penyakit paru obstruksi menahan (batuk kronik), kehamilan, obesitas. Adanya Benignna Prostat Hipertropi (BPH), sembelit, mengejan saat defekasi dan berkemih, mengangkat beban terlalu berat dapat meningkatkan tekanan intraabdominal

Klasifikasi Hernia Inguinalis

a. Hernia Inguinalis Direk (Medialis)

Hernia inguinalis direk terjadi sekitar 15% dari semua hernia inguinalis. Kantong hernia inguinalis direk menonjol langsung ke anterior melalui dinding posterior kanalis inguinis medial terhadap arteria, dan vena epigastrika inferior, karena adanya tendo conjunctivus (tendo gabungan insersio musculus obliquus internus abdominis dan musculus transversus abdominis) yang kuat, hernia ini biasanya hanya merupakan penonjolan biasa, oleh karena itu leher kantong hernia lebar.

Hernia inguinalis direk jarang pada perempuan, dan sebagian besar bersifat bilateral. Hernia ini merupakan penyakit pada laki-laki tua dengan kelemahan otot dinding abdomen.

b. Hernia Inguinalis Indirek (Lateralis)

Hernia inguinalis indirek, disebut juga hernia inguinalis lateralis, karena 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, menonjol keluar dari annulus inguinalis eksternus. Apabila hernia inguinalis lateralis berlanjuttonjolan akan sampai ke skrotum, ini disebut hernia skrotalis. Kantong hernia berada dalam musculus kremaster terlatak

anteromedial terhadap vas deferens dan struktur lain dalam funikulus spermaticus. Pada anak hernia inguinalis lateralis disebabkan oleh kelainan bawaan berupa tidak menutupnya prosesus vaginalis peritoneum sebagai akibat proses penurunan testis ke skrotum. Hernia inguinalis indirek (lateralis) merupakan bentuk hernia yang paling sering ditemukan dan diduga mempunyai penyebab kongenital. Hernia inguinalis lateralis adalah hernia yang melalui anulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral vasa epigastric inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar dari rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. 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 ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut prosesus vaginalis peritonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini sudah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Namun dalam beberapa hal, sering kali kanalis ini tidak menutup. Karena testis kiri turun lebih dahulu maka kanalis 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 kongenital. Pada orang tua, kanalis tersebut telah menutup namun karena lokus minoris resistensie maka pada keadaan yang menyebabkan peninggian tekanan intra abdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Menurut Suratun dan Lusianah (2010:320) manifestasi klinis hernia inguinalis lateral yaitu :

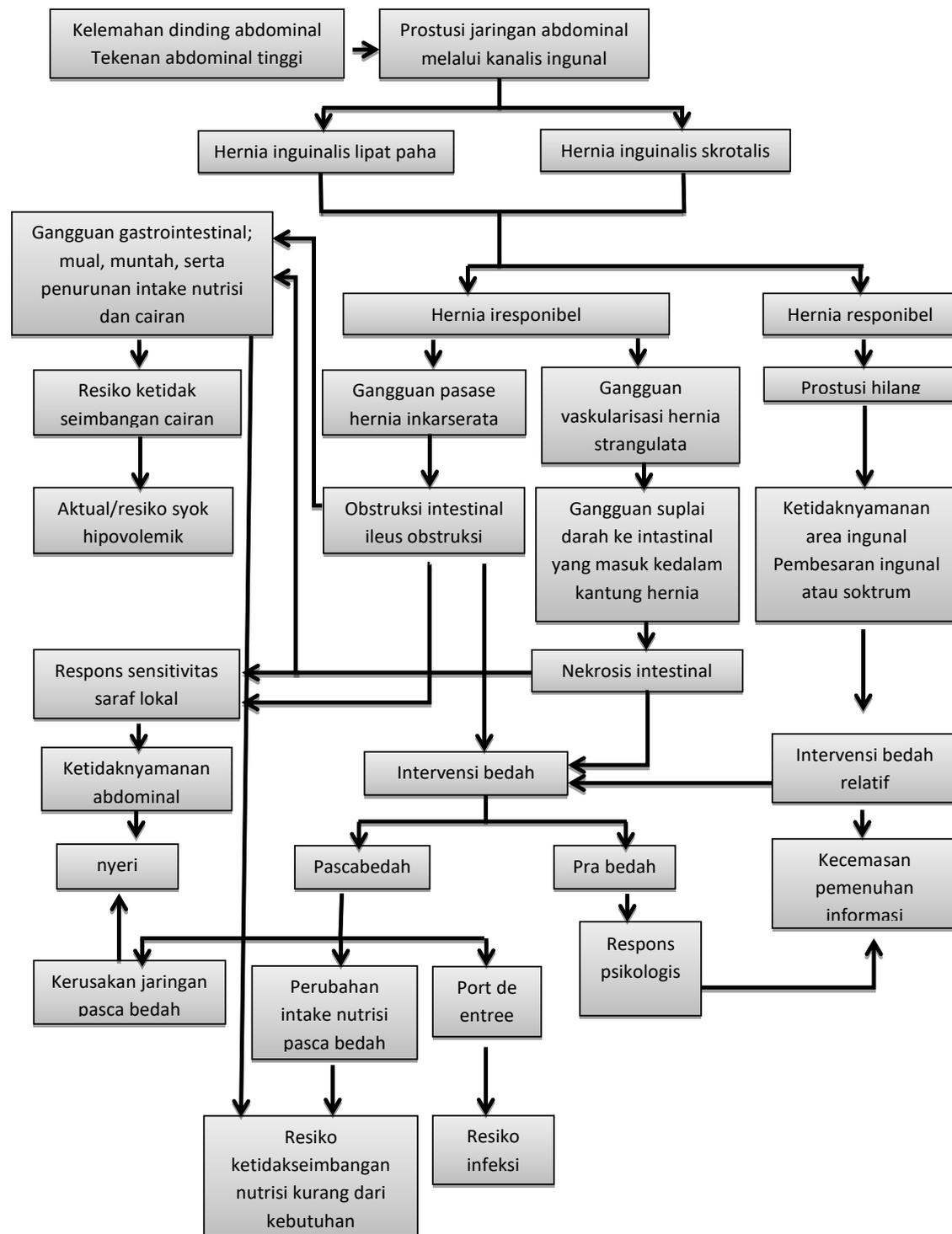
- 2.2.3.1 Tampak adanya benjolan di lipat paha atau perut bagian bawah dan benjolan bersifat temporer yang dapat mengecil dan menghilang yang disebabkan oleh keluarnya suatu organ.
- 2.2.3.2 Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan nyeri di tempat tersebut disertai perasaan mual.
- 2.2.3.3 Nyeri yang diekspresikan sebagai rasa sakit dan sensasi terbakar. Nyeri tidak hanya didapatkan di daerah inguinal tapi menyebar ke daerah punggul, belakang kaki, dan daerah genital yang disebut Referred Pain. Nyeri biasanya meningkat dengan durasi dan insensitas dari aktivitas atau kerja yang berat. Nyeri akan mereda atau menghilang jika istirahat. Nyeri akan bertambah hebat jika terjadi strangulasi karena suplai darah ke daerah hernia terhenti sehingga kulit menjadi merah dan panas.
- 2.2.3.4 Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (dysuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- 2.2.3.5 Hernia diafragmaatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.
- 2.2.3.6 Bila klien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.2.4 Patofisiologi

Menurut Mutaqqin dan Sari (2011:587) patofisiologi hernia yaitu Hernia inguinalis tidak langsung (hernia inguinalis lateral) dimana prostusi keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk kedalam kanalis inguinalis dan jika cukup panjang, akan menonjol keluar dari anulus 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 dikemudian hari.

Ligamentum gubernaculum turun pada tiap sisi abdomen dari pole inferior gonad ke permukaan interna labial/scrotum. Gubernaculum akan melewati dinding abdomen yang mana pada sisi bagian ini akan menjadi kanalis inguinalis. Processus vaginalis adalah evaginasi diverticular peritoneum yang membentuk bagian ventral gubernaculum bilateral. Pada pria testes awalnya retroperitoneal dan dengan processus vaginalis testes akan turun melewati canalis inguinalis ke scrotum dikarenakan kontraksi gubernaculum. Pada sisi sebelah kiri terjadi penurunan terlebih dahulu sehingga, yang tersering hernia inguinalis lateralis angka kejadiannya lebih banyak pada laki-laki dan yang paling sering adalah yang sebelah kanan. Pada wanita ovarium turun ke pelvis dan gubernaculum bagian inferior menjadi ligamentum rotundum yang mana melewati cincin interna ke labia majus. Processus vaginalis normalnya menutup, menghapuskan perluasan rongga peritoneal yang melewati cincin interna. Pada pria kehilangan sisa ini akan melekatkan testis yang dikenal dengan tunika vaginalis. Jika processus vaginalis tidak menutup maka hidrokel atau hernia inguinalis lateralis akan terjadi, Sedangkan pada wanita akan terbentuk kanal Nuck.

2.2.4 PATHWAY HERNIA INGUINALIS



Sumber: Muttaqin dan Sari (2011:588)

2.2.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Surat dan Lusianah (2010:321) pemeriksaan diagnostik pada klien hernia yaitu :

2.2.6.1 Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukkan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit), dan ketidakseimbangan elektrolit. Pemeriksaan koagulasi darah: mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau post operasi

2.2.6.2 Pemeriksaan urine

Munculnya sel darah merah atau bakteri yang mengidentifikasi infeksi.

2.2.6.3 Elektrokardiografi (EKG)

Penemuan akan sesuatu yang tidak normal memberikan prioritas perhatian untuk memberikan anestesi

2.2.6.4 Sinar X abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.

2.2.7 Penatalaksanaan

Menurut Surat dan Lusianah (2010:322) penatalaksanaan medik hernia inguinalis antara lain :

2.2.7.1 Terapi konservatif

a. Reposisi

Tindakan memasukan kembali isi hernia ketempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini hanya dapat dilakukan pada hernia reponibilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukan isi hernia melalui leher hernia tadi.

b. Pemakaian penyangga/ sabuk hernia

Pemakaian bantalan penyangga hanya bertujuan menahan hernia yang telah direposisi dan tidak pernah menyembuhkan sehingga harus dipakai seumur hidup.

2.2.7.2 Terapi operatif

a. Herniatomi

Pada herniatomi dilakukan pembebasan kantong hernia sampai kelehernya. Kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan jika ada perlengketan, kemudian direposisi, kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu dipotong.

b. Hernioplasti

Pada hernioplasti dilakukan tindakan memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

2.2.7.3 Medikasi

a. Pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri.

b. Pemberian antibiotik untuk menyembuhkan infeksi.

2.2.7.4 Aktivitas dan diet

a. Aktivitas

Hindari mengangkat barang yang berat sebelum atau sesudah pembedahan.

b. Diet

Tidak ada diet khusus, tetapi setelah operasi diet cairan sampai saluran gastrointestinal berfungsi lagi, kemudian makan dengan gizi seimbang. Tingkatkan masukan serat dan tinggi cairan untuk mencegah sembelit dan mengejan selama buang air besar.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Hernia

2.3.1 Pengkajian

Menurut Mutaqqin dan Sari (2011:589) Pengkajian hernia inguinalis terdiri atas pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik, dan evaluasi diagnostik. Pada anemnesis keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan adanya benjolan akibat masuk nya material melalui kanalis inguinal bisa bersifat hilang timbul atau juga tidak. Keluhan nyeri hebat bersifat akut berupa nyri terbakar pada sisi hernia terutama pada hernia strangulata dan hernia inkaserata. Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang, keluhan lain yang didapat sesuai dengan kondisi hernia. Pada reponibel biasanya keluhan yang ada berupa adanya benjolan setelah mengalami aktivitas peningkatan tekanan intraabdominal, seperti batuk, bersin, atau mengejan. Pada hernia inkaserata dan hernia strangulata akut didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta perasaan kelelahan pasca nyeri sering didapatkan.

Menurut Suratana dan Lusiana (2010:323) pengkajian data keperawatan pada klien pra operasi dan post operasi dengan hernia dalam buku *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Gastrointestinal* antara lain:

2.3.1.1 Data pra operasi

a. Aktivitas/istirahat

Klien dilakukan anamnese mengenai riwayat pekerjaan, mengangkat beban berat, duduk dan mengemudi dalam waktu lama, membutuhkan papan matras untuk tidur. Pada pemeriksaan fisik klien mengalami penurunan rentang gerak, tidak mampu melakukan aktivitas yang biasa, atrofi otot, gangguan dalam berjalan.

b. Sirkulasi

Apakah klien mempunyai riwayat penyakit jantung, edema pulmonal, penyakit vaskular perifer.

c. Eliminasi

Apakah klien mengalami konstipasi, adanya inkontinesia atau retensi urine.

d. Makanan/cairan

Apakah klien mengalami gangguan bising usus, mual, muntah, nyeri abdomen, malnutrisi atau obesitas.

e. Nyeri/kenyamanan

Apakah klien mengalami nyeri di daerah benjolan hernia walaupun jarang dijumpai, kalau ada biasanya dirasakan didaerah epigastrium atau daerah perumbilikal berupa nyeri viseral karena rengangan pada mesenterium sewaktu segmen usus halus masuk kedalam kantong hernia.

g. Keamanan

Apakah klien mempunyai riwayat alergi terhadap makanan dan obat-obatan.

h. Pernafasan

Apakah klien mempunyai riwayat batuk kronik (penyakit paru obstruksi menahun).

2.3.1.2 Data post operasi

a. Aktivitas/istirahat

Apakah klien mengalami kelemahan, merasa lemas, lelah, tirah baring, penurunan kekuatan otot, kehilangan tonus otot, dan letargi.

b. Sirkulasi

Apakah klien menunjukkan takikardi, perubahan tekanan darah (hipotensi, hipertensi).

c. Eliminasi

Apakah klien mengalami perubahan karakteristik urine dan feses, ketidakmampuan defekasi, konstipasi, penurunan pengeluaran urine, menurunnya peristaltik/bising usus.

d. Makanan/cairan

Apakah klien mengalami anoreksia, mual, muntah, membran mukosa kering, dan turgor kulit buruk.

e. Nyeri/kenyaman

Apakah klien mengalami nyeri pada insisi pembedahan, distensi kandung kemih.

f. Keamanan

Apakah klien mengalami gatal, nyeri, bengkak, kemerahan, dan kemungkinan perdarahan.

g. Pernafasan

Apakah klien mengalami takipnea, pernafasan dangkal, batuk, dan perubahan pola nafas.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

2.3.2.1 Pra operasi

- a. Ansietas berhubungan dengan rencana tindakan operasi, krisis situasional, ancamankematian.
- b. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan /mengingat, salah interpretasi informasi tentang penyakitnya.

2.3.2.2 Post operasi

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru; obtruksi trakeobronkial.
- b. Nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan; gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot.
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d efek sekunder pembedahan
- d. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit/jaringan; luka pembedahan; gangguan pada kulit, jaringan dan integritas otot.
- e. Devisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif; pembatasan pemasukan cairan per

2.3.3 Intervensi keperawatan

2.3.3.1 Pre operasi

- a. Ansietas berhubungan dengan rencana tindakan operasi, krisis situasional, ancaman kematian.

Tujuan: Ansietas teratasi

Kriteria hasil:

Klien mampu mengutarakan pemahaman proses penyakit, operasi, dan harapan postoperasi

Klien mampu mengikuti prosedur yang diberikan.

Intervensi keperawatan:

- 1) Informasikan klien/ orang terdekat tentang peran perawat advokat perawat intraoperasi.
- 2) Indikasikan penyebab rasa takut pra operasi.
- 3) Validasi sumber rasa takut, berikan informasi yang akurat dan aktual.
- 4) Catat ekspresi yang menunjukkan penolakan prosedur pembedahan.
- 5) Perkenalkan staf pada waktu pergantian ke ruang operasi.
- 6) Beritahu klien kemungkinan dilakukannya anestesi umum atau spinal.

Rasional:

- 1) Mengembangkan rasa percaya diri klien, sehingga menurunkan rasa takut.
- 2) Rasa takut yang berlebihan akan mengakibatkan rasa stres yang berlebihan.
- 3) Mengidentifikasi rasa takut yang spesifik akan membantu klien menghadapinya secara realistis.
- 4) Klien mungkin telah berduka terhadap kehilangan yang ditunjukkan dengan antisipasi prosedur pembedahan.
- 5) Menciptakan hubungan dan kenyamanan psikologis.

6) Mengurangi ansietas/ rasa takut bahwa klien mungkin sadar saat dilakukan prosedur

- b. Kekurangan pengetahuan berhubungan dengan pemajanan/ mengingat, salah interpretasi informasi tentang proses penyakit/ proses operasi.

Tujuan:

Klien mendapatkan pemahaman tentang penyakit.

Kriteria hasil:

Klien mampu mengutarakan pemahaman proses penyakit/ proses operasi.

Klien mampu bekerjasama dalam prosedur yang diperlukan

Intervensi keperawatan:

- 1) Kaji tingkat pemahaman klien.
- 2) Melaksanakan program pengajaran post operasi individual, pembatasan prosedur pra operasi/ post operasi.
- 3) Berikan kesempatan untuk melatih batuk efektif, nafas dalam, dan latihan otot.
- 4) Jelaskan pada klien/ orang terdekat mengenai rencana operasi, jadwal, dan lokasi kamar operasi, serta komunikasi dengan dokter/ orang terdekat.

Rasional :

- 1) Memberikan fasilitas perencanaan program pengajaran post operasi.
- 2) Meningkatkan pemahaman/ kontrol klien dan meningkatkan partisipasi dalam perawatan post operasi.
- 3) Meningkatkan pengajaran dan aktivitas post operasi.
- 4) Informasi mengenai jadwal, kamar operasi dimana dan kapan ahli bedah akan berkomunikasi dengan klien/ orang terdekat untuk mengurangi stress.

2.3.3.2 Post operasi

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan peningkatan ekresi paru; obstruksi trakeobronkial.

Tujuan: Pola nafas efektif

Kriteria hasil:

Menetapkan pola nafas yang normal/ efektif

Bebas dari sianosis atau tanda-tanda hipoksia.

Intervensi keperawatan :

- 1) Pertahankan jalan nafas klien efektif dengan memiringkan kepala, hiperekstensi rahang, aliran udara faringeal oral.
- 2) Auskultasi suara nafas.
- 3) Observasi frekuensi dan kedalaman nafas, pemakaian otot bantu nafas.
- 4) Pantau tanda-tanda vital.
- 5) Lakukan latihan gerak sesegera mungkin dan lanjutkan pada periode post operasi.
- 6) Lakukan penghisapan lendir sesuai indikasi.
- 7) Berikan tambahan oksigen sesuai kebutuhan.
- 8) Berikan obat sesuai indikasi, halakson atau doksapran.

Rasional :

- 1) Mencegah obstruksi jalan nafas.
- 2) Menurunnya suara nafas indikasi adanya obstruksi oleh mukus atau lidah.
- 3) Untuk memastikan efektivitas pernafasan sehingga upaya memperbaikinya dapat segera dilakukan.
- 4) Meningkatnya pernafasn, takikardi, atau bradikardi menunjukkan adanya hipoksia.
- 5) Ventilasi dalam yang aktif membuka alveolus, mengeluarkan secret, meningkatkan pengangkutan oksigen dan penegeluaran sekresi dari saluran pernafasan.

- 6) Obstruksi jalan nafas dapat terjadi karena adanya darah atau mukus dalam tenggorokan/ trakea.
- 7) Untuk meningkatkan atau memaksimalkan pengambilan oksigen.
- 8) Halakson akan mengubah induksi narkotik yang menekan susunan saraf pusat dan doksarpan menstimulasi gerakan otot-otot pernafasan.

b. Nyeri berhubungan dengan adanya luka pembedahan; gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot.

Tujuan: Nyeri teratasi

Kriteria hasil:

Klien tampak rileks

Klien mengatakan nyeri berkurang

Klien dapat beristirahat dan tidur

Klien dapat melakukan aktivitas sesuai kemampuan.

Skala nyeri 0-2

Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi keperawatan :

- 1) Kaji skala, lokasi, durasi, intensitas, dan karakteristik nyeri.
- 2) Kaji tanda-tanda vital.
- 3) Kaji penyebab ketidaknyamanan yang mungkin terjadi selain dari prosedur operasi.
- 4) Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam, seperti semifowler, miring.
- 5) Ajarkan penggunaan tehnik relaksasi, misalnya latihan nafas dalam, bimbingan imajinasi, visualisasi.
- 6) Berikan perawatan oral reguler.
- 7) Observasi efek analgesik.
- 8) Berikan obat sesuai indikasi, analgesik.

Rasional :

- 1) Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan luka.
 - 2) Adanya rasa nyeri kemungkinan klien akan mengalami penurunan tekanan darah.
 - 3) Ketidaknyaman mungkin disebabkan penekanan pada kateter indwelling yang tidak tetap, selang NGT, pemasangan jalur parenteral.
 - 4) Perubahan posisi mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan sirkulasi.
 - 5) Melepaskan tegangan emosional dan otot, meningkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan koping.
 - 6) Mengurangi ketidaknyaman yang berhubungan dengan membran mukosa dan mulut.
 - 7) Respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik.
 - 8) Menimbulkan penghilangan rasa sakit yang lebih efektif.
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanis pada kulit jaringan.
- Tujuan: Kerusakan integritas kulit teratasi
- Kriteria hasil:
- Mencapai penyembuhan luka tepat waktu.
- Klien dapat menunjukkan tingkah laku untuk mencegah komplikasi.

Intervensi keperawatan :

- 1) Beri penguatan pada balutan awal/ penggantian sesuai indikasi, gunakan tehnik aseptik.
- 2) Hati-hati dalam melepaskan perekat (sesuai arah pertumbuhan rambut) dan pembalut pada waktu mengganti.
- 3) Gunakan barrier kulit sebelum perekat diperlukan.
- 4) Periksa tegangan balutan, beri perekat pada pusat insisi menuju ketepi luardan balut luka.
- 5) Periksa luka secara teratur, catat karakteristik dan integritas kulit.
- 6) Tekan area insisi pada area abdominal atau dada dengan menggunakan bantal selama batuk dan bergerak.
- 7) Ingatkan klien untuk tidak menyentuh daerah luka.
- 8) Beri kompres es pada daerah luka sesuai indikasi.
- 9) Anjurkan pada klien agar menggunakan korset pada abdomen sesuai indikasi.

Rasional :

- 1) Melindungi kontaminasi mikroorganisme, mencegah akumulasi cairan yang dapat, menyebabkan ekskoriasi.
- 2) Mengurangi resiko trauma kulit dan gangguan pada kulit.
- 3) Menurunkan resiko terjadinya trauma kulit atau abrasi.
- 4) Dapat mengganggu atau membendung sirkulasi pada luka.
- 5) Sebagai indikasi adanya kegagalan proses penyembuhan luka.
- 6) Menetralisasi tekanan pada luka, meminimalkan resiko terjadinya ruptur.
- 7) Mencegah kontaminasi luka.
- 8) Menurunkan pembentukan edema pada periode post operasi.
- 9) Memberi pencegahan terjadinya komplikasi

d. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif; pembatasan pemasukan peroral.

Tujuan: Defisit volume cairan teratasi.

Kriteria hasil:

Klien menunjukkan keseimbangan cairan yang adekuat.

Tanda-tanda vital dalam keadaan stabil.

Turgor kulit normal.

Membran mukosa lembab.

Pengeluaran urine normal.

Intervensi keperawatan :

- 1) Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan.
- 2) Kaji pengeluaran urine.
- 3) Pantau tanda-tanda vital.
- 4) Kaji adanya tanda-tanda dehidrasi turgor kulit, membran mukosa.
- 5) Catat timbulnya keluhan mual muntah.
- 6) Periksa balutan luka, drain, dan luka apakah terjadi pembengkakan.
- 7) Berikan cairan parenteral.
- 8) Berikan cairan peroral secara bertahap sesuai indikasi.
- 9) Periksa ulang hasil laboratorium (Hb, Ht), bandingkan pra operasi dan post operasi.

Rasional :

- 1) Dokumentasi yang akurat dapat membantu identifikasi pengeluaran cairan/ kebutuhan penggantian cairan.
- 2) Mengeidentifikasi adanya malfungsi atau obstruksi sistem urinarius.
- 3) Hipotensi, takikardi, peningkatan pernafasan indikator terjadinya kekurangan cairan.
- 4) Turgor kulit buruk dan membran mukosa kering merupakan indikator dehidrasi.

- 5) Jika mual lebih dari 3 hari post operasi kemungkinan efek dari terapi narkotika (obat pengontrol nyeri).
- 6) Pendarahan yang berlebihan dapat mengakibatkan hipovolemia dan pembengkakan lokal mengidentifikasi perforasi/ pendarahan.
- 7) Menggantikan kehilangan cairan.
- 8) Pemasukan oral bergantung kepada pengambilan fungsi gastrointestinal.
- 9) Indikator hidrasi/ volume sirkulasi.

e. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan.

Tujuan: Tidak terjadi infeksi pada insisi.

Kriteria hasil:

Mencapai pemulihan luka tepat pada waktunya.

Luka insisi bebas dari tanda-tanda infeksi.

Tidak terdapat drainase purulen dan eritema pada luka insisi.

Intervensi keperawatan :

- 1) Pantau tanda-tanda vital.
- 2) Lakukan pencucian tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien.
- 3) Kaji insisi dan balutan luka, penyatuan luka, karakteristik drainase, adanya tanda-tanda infeksi pada luka.
- 4) Lakukan perawatan luka dengan teknik steril.
- 5) Berikan antibiotik sesuai indikasi.
- 6) Siapkan spesimen drainase untuk dilakukan pemeriksaan sesuai indikasi.

Rasional :

- 1) Demem dapat mengidentifikasi adanya infeksi.
 - 2) Mengurangi resiko terjadinya kontaminasi mikroorganisme.
 - 3) Memberi deteksi dini adanya infeksi dan memberi pengawasan penyembuhan luka.
 - 4) Mencegah terjadinya infeksi, dan mengurangi kontaminasi mikroorganisme.
 - 5) Menurunkan penyebran dan pertumbuhan mikroorganisme.
 - 6) Mengidentifikasi adanya mikroorganisme penyebab infeksi dan pemilihan terapi yang tepat.
- f. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemaparan informasi tentang perawatan post.

Tujuan: klien mendapatkan pemahaman tentang penyakit.

Kriteria hasil:

Klien mampu memahami tentang proses efek prosedur dan pengobatan.

Klien dapat menunjukkan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan suatu tindakan.

Klien memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam program keperawatan.

Intervensi keperawatan :

- 1) Kaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakit dan harapan untuk sembuh.
- 2) Tinjau ulang penghindaran faktor-faktor resiko, seperti pemaparan pada lingkungan/ orang terinfeksi.
- 3) Identifikasi keterbatasan aktivitas khusus.
- 4) Rekomendasikan rencana/ latihan progresif.
- 5) Jadwalkan periode istirahat yang adekuat.
- 6) Tekankan pentingnya kunjungan lanjut.

7) Libatkan orang terdekat dalam program pengajaran.

Rasional :

- 1) Memberikan dasar pengetahuan pada klien yang memungkinkan membuat pilihan untuk informasi.
- 2) Mengurangi potensial untuk infeksi yang diperoleh.
- 3) Mencegah regangan yang tidak diinginkan pada luka operasi.
- 4) Meningkatkan pengendalian ke fungsi normal dan meningkatnya perasaan sehat.
- 5) Mencegah kepenataan dan mengumpulkan energi untuk penyembuhan.
- 6) Membantu perkembangan penyembuhan dan evaluasi keefektipan regimen.
- 7) Memberi sumber-sumber tambahan untuk referensi setelah penghentian.

2.3.4 Evaluasi

Hasil yang diharapkan terjadi setelah mendapat intervensi keperawatan pada pasien hernia inguinalis, meliputi hal-hal berikut.

Pre. Op

Dx.1 ;Tingkat Kecemasan Klien berkurang

Dx.2 ;Informsasi Kesehatan Terpenuhi

Post. Op

Dx.3 ;Tidak Terjadi Syok Hipovolemik

Dx.4 ;Nyeri Berkurang Atau Teratasi

Dx.5 ;Intake Nutrisi Terpenuhi

Dx.6 ;Tidak terjadi Infeksi Luka pasca Bedah

Dx.7 ;Keseimbangan Cairan Normal