

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN POST OP  
HERNIORAPHY DEXTRA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DI RSUD CIAMIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi D-III Keperawatan  
Sekolah Tinggi Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

**MUHAMMAD AFRIZAL M**

**AKX.15.054**



**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI HERNIORAPHY

DEXTRA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT

DI RUANG WIJAYA KUSUMA II

DI RSUD CIAMIS

**MUHAMMAD AFRIZAL M**

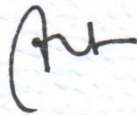
**AKX.15.054**

KARYA TULIS IMIAH TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 24 APRIL 2018

Oleh

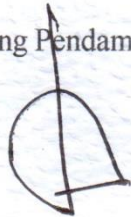
Pembimbing Ketua



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep**

**NIK: 1011603**

Pembimbing Pendamping



**Drs, Rachwan H, M.Kes**

**NIK: 10115175**

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**

**NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI HERNIORAPHY  
DEXTRA DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI  
AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA II  
DI RSUD CIAMIS**

Oleh :  
Nama : Muhammad Afrizal Mustafa  
NIM.AKX.15.054

Telah diuji  
Pada tanggal, 30 April 2018

Panitia penguji

Ketua : Tuti Suprapti,S.Kp., M.Kep

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Sumbara, S. Kep., Ners., M.Kep  
(Penguji I)
2. Zafiah Winta, Amk.An  
(Penguji II)
3. Drs. Rachwan H, M.Kes  
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua



Rd.Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep  
NIK : 101070641

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Muhammad Afrizal Mustafa

NPM : AKX.15.054

Program Studi : D III Keperawatan

Judul Skripsi : **Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operatif Hernioraphy Dextra Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis**

Menyatakan

1. Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun diperguruan tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat / jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, April 2018

Yang Membuat Pernyataan

  
Muhammad Afrizal M

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** *Hernia inguinalis lateralis (HIL)* adalah hernia yang melalui anulus (cincin) inguinalis interna yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menelusuri kanalis inguinalis, dan keluar di anulus eksternal di atas krista pubis dengan diselubungi kantong korda. **Metode:** studi kasus ialah suatu penyelidikan intensif tentang individu, dan atau unit sosial yang dilakukan secara mendalam dengan menemukan semua verbal penting tentang perkembangan individu atau unit sosial yang diteliti. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi Hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan perawatan dengan intervensi keperawatan, masalah keperawatan pada Nyeri akut pada kasus dapat teratasi dihari ke 3 dan pada kasus kedua masalah keperawatan Nyeri akut dapat teratasi dihari ke 3 dari faktor usia, kemampuan klien untuk mengontrol nyeri, serta kemampuan klien dalam memahami imajinasi terbimbing dengan mudah, sehingga memberikan hasil yang maksimal dalam penurunan intensitas nyeri dengan imajinasi terbimbing. **Diskusi:** klien dengan masalah keperawatan Nyeri akut memiliki respon yang sama pada pasien *post operasi Hernioraphy* hal ini dipengaruhi oleh status kesehatan klien dan kondisi kesehatan sebelumnya. Dan penulis berharap kepada para perawat agar senantiasa tidak melupakan prinsip septic dan aseptik dalam melakukan setiap tindakan untuk mencegah hal yang tidak diharapkan serta selalu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan setiap pasien.

Kata kunci :Hernia Inguinalis Lateralis (HIL), Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan Hernioraphy

Daftar Pustaka: 4 Buku (2010-2015), 1 Jurnal, 5 Website

## ABSTRACT

**Background:** *The lateral inguinal hernia is a hernia that passes through the internal inguinal annulus (ring) of the lateral inferior epigastric vessel, the inguinal canal pathway, and exits in the external annulus above the pubic crest with the hernial sac.* **Methods:** *The case study is an intensive investigation of individuals, and or social units that carried out in depth by finding all investigated important verbal about the development of the individual or social unit. This case study was conducted on two patients of post Hernioraphy surgery with nursing problems.* **Result:** *Acute Pain. After treatment with nursing intervention, nursing problems in the case of acute pain can be solved in the third day. The second case of nursing problems of acute pain can be solved in third day according to age factor, the client's ability to control pain, and the client's ability to understand guided imagination techniques easily, thereby providing maximum results in decreased pain intensity with quided imagination.* **Discussion:** *clients with nursing problems of acute pain does not have the same response to patients of post Hernioraphy surgery. This situation is influenced by client's health status and previous health condition. The author have an expect to the nurses to always not forget the principle of septic and aseptik in every nursing action to prevent unexpected things and always do nursing care comprehensively to handle nursing problems for every patient.*

Keywords : *The lateral Inguinal Hernia, Acute Pain, Nursing Care Hernioraphy*

*Bibliography : 4 Books (2008-2014), 1 Journals, 5 Website*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernia Inguinalis Lateralis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis”**. Dengan sebaik baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana.
3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Drs. Rachwan H, M.Kes selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Tating, S.Kep, Ners., selaku CI ruangan Wijaya Kusuma II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Tn.W dan Tn. I yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.

10. Kedua orang tua yang tercinta Bapak Mustafa W dan Ibu Neni Triana yang membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini. Kepada Adik-adikku Muhammad Dzulkifli, Rifki Ananda , dan beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Para senior yang telah ikut memotivasi penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XI tahun 2015 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.  
Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, April 2018

Muhammad Afrizal M

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
LEMBAR PESETUJUAN .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
SURAT PERNYATAAN .....	iii
ABSTRAK .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR BAGAN .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat .....	6
1. Manfaat Teoritis .....	6
2. Manfaat Praktis .....	6

### **BAB II TINJAUAN TEORITIS**

A. Konsep Dasar HIL	
a. Hernia inguinalis Lateral .....	8
a. Anatomi dan Fisiologi.....	8
b. Definisi .....	16
c. Etiologi .....	16
d. Klasifikasi .....	18
e. Tanda dan Gejala .....	18
f. Komplikasi .....	19
g. Pathofisiologi .....	19
h. Pathway.....	21
i. Penatalaksanaan .....	22
B. Konsep Dasar Nyeri	
a. Definisi .....	23
b. Pola Nyeri .....	23
c. Penatalaksanaan Nyeri .....	24
d. Mekanisme Nyeri .....	25
e. Hasil Penelitian Jurnal Terkait .....	26



C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	
a. Pengkajian .....	26
b. Diagnosa Keperawatan .....	27
c. Intervensi .....	27
d. Implementasi .....	29
e. Evaluasi .....	29

### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	30
B. Batasan istilah .....	30
C. Responden/Subyek Penelitian .....	32
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	33
E. Pengumpulan Data .....	33
F. Uji Keabsahan Data .....	35
G. Analisa Data .....	35
H. Etik Penelitian .....	36

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil	
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	38
2. Pengkajian .....	38
3. Analisa Data .....	48
4. Diagnosa Keperawatan .....	50
5. Perencanaan .....	54
6. Implementasi .....	55
7. Evaluasi .....	57
B. Pembahasan	
1. Pengkajian Keperawatan .....	58
2. Diagnosa Keperawatan .....	59
3. Perencanaan .....	61
4. Implementasi .....	62
5. Evaluasi .....	63

### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	65
B. Saran .....	68

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	27
Tabel 4.1 Identitas Klien .....	38
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	39
Table 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari .....	40
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	42
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi .....	47
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	47
Tabel 4.7 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis.....	48
Tabel 4.8.1 Analisa Data Klien 1 .....	48
Tabel 4.8.1 Analisa Data Klien 2 .....	49
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan .....	50
Tabel 4.10 Perencanaan .....	54
Tabel 4.11.1 Implementasi Klien 1 .....	55
Tabel 4.11.2 Implementasi Klien 2 .....	55
Tabel 4.12 Evaluasi.....	57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Hernia.....	8
--------------------------------	---

## DAFTAR BAGAN

Bagan2.1Pathway.....	21
----------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I** : Lembar Bimbingan
- Lampiran II** : Satuan Acara Penyeluhan ( SAP )
- Lampiran III** : Leflet
- Lampiran IV** : Lembar Observasi
- Lampiran V** : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran VI** : Surat Persetujuan Justifikasi Kasus
- Lampiran VII** : Lampiran Riwayat Hidup

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Saat ini di Indonesia pengetahuan masyarakat tentang kesehatan masih kurang. Karena kurangnya pengetahuan tersebut muncul berbagai masalah kesehatan, mulai dari pola hidup, tuntutan sosial ekonomi dan proses penuaan dapat mempengaruhi kesehatan individu. Sering dengan tuntutan sosial ekonomi yang mengharuskan seseorang untuk melakukan pekerjaan berat dan diikuti proses penuaan dengan melemahnya otot dinding perut. Hal itu memicu terjadinya hernia inguinalis lateral. (Bagas Anggara permadi, 2014)

*Hernia inguinalis lateralis* (HIL) merupakan hernia yang melalui anulus (cincin) inguinalis interna yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menelusuri kanalis inguinalis, dan keluar di anulus eksternal di atas krista pubis dengan diselubungi kantong korda. Kanalis inguinalis normal pada fetus karena pada bulan ke-8 kehamilan terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang disebut prosesus vaginalis peritoneal. Pada orang dewasa kanal telah menutup namun karena merupakan lokus minoris resistensi, maka pada keadaan yang meningkatkan tekanan intra abdominal kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akustika. Jika isi dan kantong hernia lateralis turun hingga skrotum disebut hernia skrotalis. (Mansjoer 2014).

Hernia merupakan hal yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasanya menyebutnya “turun bero”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, anda mungkin terkena hernia ini. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan. (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma 2015)

Dalam kasus ini salah satu hernia yang mengalami pembedahan ialah *Hernia inguinalis lateral* dengan tindakan yang paling memungkinkan untuk *Hernia inguinalis lateral* adalah tindakan pembedahan. Setiap tahun terdapat 20 juta kasus prosedur bedah mengenai hernia inguinalis. Insiden dan prevalensi di seluruh dunia tidak diketahui pasti. Tingkat prosedur operasi dalam berbagai negara memiliki tingkat yang bervariasi, berkisar antara 100 hingga 300 prosedur per 100.000 orang dalam satu tahun (Burney, 2012).

Kasus *Hernia inguinalis inguinalis* (HIL) di USA (*United States America*) sekitar 800.000 kasus setiap tahun dan negara Belanda sekitar 33.000 kasus setiap tahun (Ruhl, 2007). Menurut *World Health Organization* (WHO), penderita hernia tiap tahunnya meningkat. Didapatkan data pada decade tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia segala jenis mencapai 19.173.279 penderita (12.7%) dengan penyebaran yang paling banyak adalah daerah Negara-negara berkembang seperti Negara-negara Afrika, Asia tenggara negara termasuk Indonesia, selain itu Negara Uni emirat arab adalah Negara dengan jumlah penderita hernia terbesar di dunia sekitar 3.950

penderita pada tahun 2011. (WHO, 2013b; Kemenkes RI, 2012; dan Bappeda, 2011).

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia di Indonesia periode Januari 2010 sampai dengan Februari 2011 berjumlah 1.243 yang mengalami gangguan hernia inguinalis, termasuk berjumlah 230 orang (5,59%) (DepKesRI, 2011).

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau perpindahan usus ke daerah otot abdominal. Tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak cukup pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi pada proses perkembangan yang cukup lama, pembedahan abdominal dan kegemukan.

Pembedahan dengan Hernioraphy adalah pembedahan dan pengambilan pada kantong hernia yang disertai melalui operasi plastik agar dinding abdomen lebih kuat pada bagian bawah di belakang kanalis inguinalis (Muttaqin & Sari, 2011).

Masalah keperawatan yang muncul pada klien *post op Hernia inguinalis lateral* diantaranya nyeri akut, resiko infeksi, dan gangguan mobilitas fisik. Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks 2014) Sedangkan resiko infeksi



mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik dan Gangguan mobilitas fisik adanya keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah. ( Nanda nic noc 2012)

Hasil laporan Medical Record RSUD Ciamis pada Tahun 2016 kasus HIL berada pada urutan pertama dengan 132 kasus yang menempati urutan pertama. Kemudian pada tahun 2017 kasus HIL kembali menjadi urutan pertama dengan 135 kasus. Pada pasien *post op* HIL klien mengalami masalah keperawatan nyeri penanganan ini dapat dilakukan dengan salah satu cara pemberian tindakan farmakologi dan non farmakologi teknik distraksi relaksasi dan teknik imajinasi terbimbing merupakan teknik yang paling sering digunakan pada pasien post operatif dengan masalah nyeri. Melihat fenomena diatas penulis tertarik untuk melakukan tindakan Asuhan keperawatan pada HIL di ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas “Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami *Hernia inguinalis lateral dextra* (HIL), dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis?”.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan keperawatan secara komperensif dengan pendekatan Asuhan keperawatan pada klien *Hernia inguinalis lateralis*

(HIL) dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang wijaya kusuma II RSUD Ciamis.

## 2. Tujuan Khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan:

- a. Melakukan pengkajian pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- c. Melaksanakan Perencanaan keperawatan pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- e. Melakukan evaluasi tindakan pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis
- f. Melakukan Dokumentasi tindakan pada Tn.W dan Tn.I dengan gangguan system pencernaan : Hernia inguinalis lateral dextra dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis

## D. Manfaat

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada pasien *post op Hernia Inguinalis Lateral* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil keperawatan ini diharapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien *post op Hernia Inguinalis Lateral* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

#### b. Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan khususnya dalam bidang penelitian serta memberi bahan masukan dalam perbandingan bagi peneliti selanjutnya. Peneliti dihrapkan dapat memberikan tambahan data baru yang relevan terkait dengan penatalaksanaan pasien post op Heria Inguinalis Lateral dengan masalah keperawatan nyeri akut.

#### c. Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien *post op Hernia Inguinalis Lateral* dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Ciamis.

d. Bagi Profesi Perawat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan masukan dan alternatif bagi profesi keperawatan dalam pencegahan resiko infeksi pada klien *post operasi hernioraphy*.

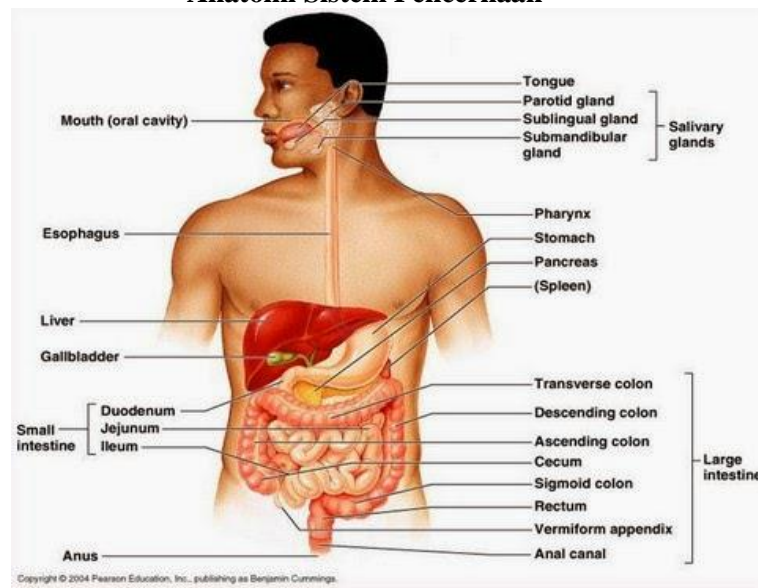
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. KONSEP MEDIS HERNIA INGUINALIS LATERALIS (HIL)

##### 1. Anatomi Fisiologi

**Gambar 2.1**  
**Anatomi Sistem Pencernaan**



Sumber : Sodikin, 2011

### Mulut

Mulut adalah rongga lonjong pada permulaan saluran pencernaan. Terdiri atas dua bagian. Bagian luar yang sempit, atau *vestibula*, yaitu ruang diantara gusi serta gigi dengan bibir dan pipi, dan bagian dalam, yaitu rongga mulut yang dibatasi di sisi-sisinya oleh tulang maksilaris dan semua gigi, dan di sebelah bersambung dengan awal faring.

Gigi-geligi dan pengunyahan. Terdapat dua kelompok gigi, yaitu *gigi sementara* atau *gigi sulung* dan *gigi tetap*. Terdapat dua puluh gigi sulung, sepuluh pada setiap rahang. Dari tengah kedua sisi berturut-

turut dinamai: dua insisivus atau gigi seri, satu kanina atau gigi taring, dan dua molar atau geraham. Gigi tetap lebih banyak yaitu tiga puluh dua, enam belas pada setiap rahang. Dari tengah ke samping berturut-turut disebut: dua insisivus, satu taring, dua premolar (geraham depan), dan tiga molar (geraham belakang).

Sebuah gigi mempunyai mahkota, leher dan akar. Mahkota gigi menjulang di atas gigi, lehernya dikelilingi gusi, dan akarnya berada di bawahnya. Gigi dibuat dari bahan yang sangat keras, yaitu dentin. Di dalam pusat strukturnya terdapat *rongga pulpa*. Pulpa gigi berisi sel jaringan ikat, pembuluh darah dan serabut saraf. Bagian gigi yang menjulang di atas gusi ditutupi email, yang jauh lebih keras daripada dentin.

Menguyah ialah menggigit dan menggiling makanan di antara gigi atas dan bawah. Gerakan lidah dan pipi membantu memindahkan makanan lunak ke palatum keras dan ke gigi-gigi. Otot utama untuk pengunyahan ialah maseter, otot temporalis, dan otot pterigoid medial dan lateral.

#### **a. Faring dan Esofagus**

Faring atau tekak terletak di belakang hidung, mulut, dari laring (tenggorakan). Faring adalah saluran berbentuk kerucut dari bahan membrane berotot (muskulo membranosa) dengan bagian terlebar di sebelah atas dan berjalan dari dasar tengkorak sampai di ketinggian

vertebra servikal keenam, yaitu ketinggian tulang rawan krikoid, tempat faring bersambung dengan esofagus.

Struktur faring. Dinding faring tersusun atas tiga lapisan, yaitu lapisan mukosa, lapisan fibrosa, dan lapisan berotot. Lapisan mukosa yang terletak paling dalam, bersambung dengan lapisan dalam hidung, mulut dan saluran Eustakhius. Lapisan dalam bagian atas faring ialah epitelium saluran pernafasan dan bersambung dengan epitelium hidung. Bagian bawah faring yang bersambung dengan mulut dilapisi epitelium berlapis. Lapisan fibrosanya terletak antara lapisan mukosa dan lapisan berotot.

Kedua tonsil merupakan dua kumpulan jaringan limfosit yang terletak di kanan dan kiri faring diantara tiang-tiang lengkung fauces. Tonsil dijelajahi pembuluh darah dan pembuluh limfe dan mengandung banyak limfosit. Permukaan tonsil ditutupi membran mukosa yang bersambung dengan bagian bawah faring. Permukaan ini penuh dengan lekukan, dan ke dalam lekukan yang banyak ini sejumlah besar kelenjar penghasil mukus menuangkan sekresinya. Mukus ini mengandung banyak limfosit.

Esofagus adalah sebuah tabung berotot yang panjangnya dua puluh sampai lima sentimeter, di atas dimulai dari faring sampai pintu masuk kardiak lambung di bawah. Terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung. Setelah melalui toraks, menembus diafragma, masuk ke dalam abdomen, dan menyambung dengan lambung.

Esofagus ber dinding empat lapis. Di sebelah luar terdiri atas lapisan jaringan ikat yang renggang, sebuah lapisan otot yang terdiri atas dua lapis serabut otot, yang satu berjalan longitudinal dan yang lain sirkular. Sebuah lapisan submukosa dan di paling dalam terdapat selaput lendir (mukosa).

Menelan. Menelan dilakukan setelah mengunyah, dan dapat dilukiskan dalam tiga tahap. Gerakan membentuk makanan menjadi sebuah bolus dengan bantuan lidah dan pipi, dan melalui bagian belakang mulut masuk ke dalam faring.

Kelenjar ludah adalah kelenjar majemuk bertandan, yang berarti terdiri atas gabungan kelompok alveoli bentuk kantong dan yang membentuk lubang-lubang kecil. Saluran-saluran dari setiap alveolus bersatu membentuk saluran-saluran yang lebih besar dan yang menghantar sekretnya ke saluran utama dan melalui ini sekret dituangkan ke dalam mulut. Kelenjar ludah yang utama ialah kelenjar parotis, submandibularis dan sublingualis.

Kelenjar Parotis ialah yang tersebar. Satu di sebelah kiri dan satu di sebelah kanan dan terletak dekat di depan agak ke bawah telinga. Sekretnya dituangkan ke dalam mulut melalui saluran parotis atau saluran *Stensen*, yang bermuara di pipi sebelah dalam, berhadapan dengan geraham (molar) kedua atas. Ada dua struktur penting yang melintasi kelenjar parotis, yaitu arteri parotis eksterna dan saraf kranial ketujuh (saraf fasialis).



Kelenjar submandibularis nomor dua besarnya sesudah kelenjar parotis. Terletak di bawah kedua sisi tulang rahang, dan berukuran kira-kira sebesar buah kenari. Sekretnya dituangkan kedalam mulut melalui saluran submandibularis atau saluran *Wharton*, yang bermuara di dasar mulut, dekat *frenulum linguae*.

Kelenjar sublingualis adalah yang terkecil. Letaknya di bawah lidah di kanan dan di kiri *frenulum linguae* dan menuangkan sekretnya ke dalam dasar mulut melalui beberapa muara kecil.

*Fungsi kelenjar ludah* ialah mengeluarkan saliva, yang merupakan cairan pertama yang mencernakan makanan. Deras aliran saliva dirangsang oleh (a) adanya makanan dalam mulut, (b) melihat, membaui, dan memikirkan makanan.

Saliva atau ludah adalah cairan yang bersifat alkali. Ludah mengandung musin, enzim pencerna zat tepung, yaitu ptialin, dan sedikit zat padat. Ludah bekerja secara fisis dan secara kimiawi. Kerja fisisnya ialah membasahi mulut, membersihkan lidah, dan memudahkan orang berbicara. Ludah membasahi makanan agar mudah ditelan. Dan dengan membasahi makanan itu ludah melarutkan beberapa unsur, sehingga memudahkan kerja kimiawi terhadapnya.

Kerja kimiawi ludah disebabkan enzim ptialin (amilase ludah) yang di dalam lingkungan alkali bekerja atas zat gula dan zat tepung yang telah dimasak. Ptialin hanya dapat bekerja atas zat tepung bila pembungkus selulosa pada zat tepung telah pecah, misalnya sesudah dimasak, dan kemudian tepung yang sudah dimasak diubah menjadi

sejenis gula yang mudah larut, yaitu maltosa. Kerja ini di mulai di dalam mulut, ludah ditelan bersama dengan makanan dan kerja ptialin berjalan terus di dalam lambung selama kira-kira dua puluh menit atau sampai makanan menjadi asam oleh kerja cairan lambung.

#### **b. Lambung**

Lambung bagian dari saluran pencernaan yang dapat mekar paling banyak. Terletak terutama di daerah epigastrik, dan sebagian sebelah kiri daerah hipokondriak dan umbilical. Lambung terdiri dari bagian atas yaitu *fundus*, batang utama, dan bagian bawah yang horizontal, yaitu antrum pilorik. Lambung berhubungan dengan esophagus melalui orifisium atau *kardia*, dan dengan duodenum melalui orisium pilorik. Lambung terletak di bawah diafragma, di depan pankreas.

Lambung menerima makanan dari esofagus melalui orifisium kardiak dan bekerja sebagai penimbun sementara, sedangkan kontraksi di otot mencampur makanan dengan getah lambung. Gelombang peristaltik dimulai di tinggi fundus, berjalan berulang-ulang, setiap menit tiga kali dan merayap perlahan-lahan ke pilorus.

#### **c. Usus Halus**

Usus halus ialah tabung yang kira-kira sekitar dua setengah meter panjangnya dalam keadaan hidup. Angka yang biasa diberikan, enam meter adalah penemuan setelah mati bila otot kehilangan tonusnya. Usus halus memanjang dari lambung, sampai katup ileo-kolika, tempat bersambung dengan usus besar.

Usus halus terletak di daerah umbilikus dan dikelilingi usus besar. Dibagi dalam beberapa bagian. *Duodenum* adalah bagian pertama usus halus yang 25 cm panjangnya, berbentuk sepatu kuda dan kepalanya mengelilingi kepala pankreas. Saluran empedu dan saluran pankreas masuk ke dalam duodenum pada suatu lubang yang disebut *ampula hepatopankretika*, atau *ampula Vateri*, sepuluh sentimeter dari pilorus. *Jejunum* menempati dua perlima sebelah atas dari usus halus yang selebihnya. Bagian jejunum memiliki panjang kurang lebih 1 – 1,5 m. *Ileum* menempati tiga perlima akhir.

**d. Usus besar**

Usus besar atau kolon yang kira-kira satu setengah meter panjangnya adalah sambungan dari usus halus dan mulai di katup *ileokolik* atau *ileosekal*, yaitu tempat sisa makanan lewat. Refleks gastrokolik ketika makanan masuk lambung dan menimbulkan peristaltik di dalam usus besar. Refleks ini menyebabkan defekasi atau pembuangan air besar. Kolon mulai sebagai kantong yang mekar dan terdapat *apendiks vermiformis* atau umbai cacing. Apendiks juga terdiri atas keempat lapisan dinding yang sama seperti usus lainnya, hanya lapisan submukosanya berisi sejumlah besar jaringan limfe, yang dianggap mempunyai fungsi serupa dengan tonsil. Sebagian terletak di bawah sekum dan sebagian di belakang sekum atau disebut retrosekum. Dalam *apendiksitis* apendiks meradang, yang umumnya menghendaki apendektomi.

*Struktur.* Kolon terdiri atas keempat lapisan dinding yang sama seperti usus halus. Serabut longitudinal pada dinding berotot tersusun dalam tiga jalur yang berupa kerutan-kerutan dan berlubang-lubang. Dinding mukosa lebih halus daripada yang ada pada usus halus, dan tidak memiliki vili. Di dalamnya terdapat kelenjar serupa kelenjar tubuler dalam usus halus dan dilapisi epitelium silinder yang memuat sel cangkir.

Fungsi usus besar. Usus besar tidak ikut serta dalam pencernaan atau absorpsi makanan. Bila isi usus halus mencapai sekum, semua zat makanan telah diabsorpsi dan isinya cair. Selama perjalanan di dalam kolon isinya menjadi semakin padat karena air diabsorpsi dan ketika rectum dicapai maka feses bersifat padat-lunak. Peristaltik di dalam kolon sangat lamban. Diperlukan waktu kira-kira enam belas sampai dua puluh jam bagi isinya untuk mencapai fleksura sigmoid. Fungsi kolon dapat disingkat sebagai berikut:

*Absorpsi* air, garam, dan glukosa. *Sekresi musin* oleh kelenjar di dalam lapisan dalam. *Penyiapan selulosa* yang berupa hidrat karbon di dalam tumbuh-tumbuhan, buah-buahan dan sayuran hijau, dan penyiapan sisa protein yang belum dicernakan oleh kerja bakteri guna ekskresi. *Defekasi* (pembuangan air besar).

*Defekasi.* Rektum biasanya kosong sampai menjelang defekasi. Seorang yang mempunyai kebiasaan teratur akan merasa kebutuhan membuang air besar pada kira-kira waktu yang sama setiap hari. (Sodikin 2011).

## 2. Definisi

Hernia adalah menonjolnya massa dalam perut dari rongga yang normal melalui defek pada fascia dan muskulo aponeurotik dinding abdomen baik secara kongenital atau didapat. Lubang tersebut dapat muncul dikarenakan lubang embrional yang tidak dapat tertutup atau melebar serta diakibatkan tekanan pada rongga abdomen yang tinggi. Hernia ada 3 bagian yaitu, kantong hernia, isi hernia, dan cincin hernia (Tanto, 2014)

## 3. Etiologi

Menurut Giri Made Kusala (2009), hal-hal yang dapat menyebabkan terjadinya hernia adalah :

- a. Umur
- b. Jenis Kelamin
- c. Penyakit Penyerta
- d. Keturunan
- e. Obesitas
- f. Kehamilan
- g. Pekerjaan
- h. Kehamilan Prematur

### 1) Kongenital

- a) Hernia Kongenital terjadi karena adanya defek pada tempat tertentu yang langsung muncul pada saat dia di lahirkan.
- b) Hernia Kongenital Tak Sempurna, bayi dilahirkan normal (kelainan belum tampak) tetapi ia mempunyai defek pada tempat tempat tertentu (pre

disposisi) dan beberapa bulan setelah lahir akan terjadi hernia melalui defek tersebut karena dipengaruhi oleh kenaikan tekanan intra abdominal. (Dermawan Deden dan Rahayuningsih Tutik 2010).

## 2) Akuisital

Faktor penyebab hernia :

### a) Kelemahan abdomen

Lemahnya dinding abdomen bisa disebabkan karena cacat bawaan atau keadaan yang didapat sesudah lahir dan usia dapat mempengaruhi kelemahan dinding abdomen (semakin bertambah usia dinding abdomen semakin lemah).

### b) Tekanan intra abdominal yang tinggi

Misalnya sering mengejan, batuk, menangis, pada peniup terompet, ibu yang sering melahirkan, pekerja angkat berat dll.

### c) Konstitusi tubuh, misalnya pada orang kurus dan orang gemuk.

Penyakit yang melemahkan otot-otot dinding perut (Penyakit paru obstruktif paru kronis, adanya cairan di dalam rongga perut). (Haryono Rudi. 2012).

## 4. Klasifikasi

Klasifikasi Macam-macam hernia berdasarkan letaknya:

- 1) Hernia Hiatal
- 2) Hernia Epigastrik
- 3) Hernia Umbilikal
- 4) Hernia Inguinalis
- 5) Hernia Insisional

6) Hernia Nucleus Purposus (HNP) (Amin Huda & Hardhi Kusuma, 2015)

Macam-macam hernia berdasarkan arah hernia :

- a) Hernia Eksterna yaitu hernia yang penonjolannya dapat dilihat dari luar karena menonjolnya ke arah luar, misalnya; hernia inguinalis lateralis dan medialis, hernia femoralis, hernia umbilikalisis, hernia lumbalis dsb
- b) Hernia Interna yaitu apabila isi hernia masuk ke dalam rongga lain, misalnya ke cavum thorax atau masuk ke dalam recessus dalam cavum abdomen. (Diyono dan Mulyanti Sri. 2013)

## 5. Tanda dan Gejala

- a. Berupa benjolan keluar masuk/ keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragma menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas
- g. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar. (Amin Huda dkk, 2015)

## 6. Komplikasi

- a. Infeksi
- b. Obstruksi
- c. Nekrosis usus dan
- d. Sepsis (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma)

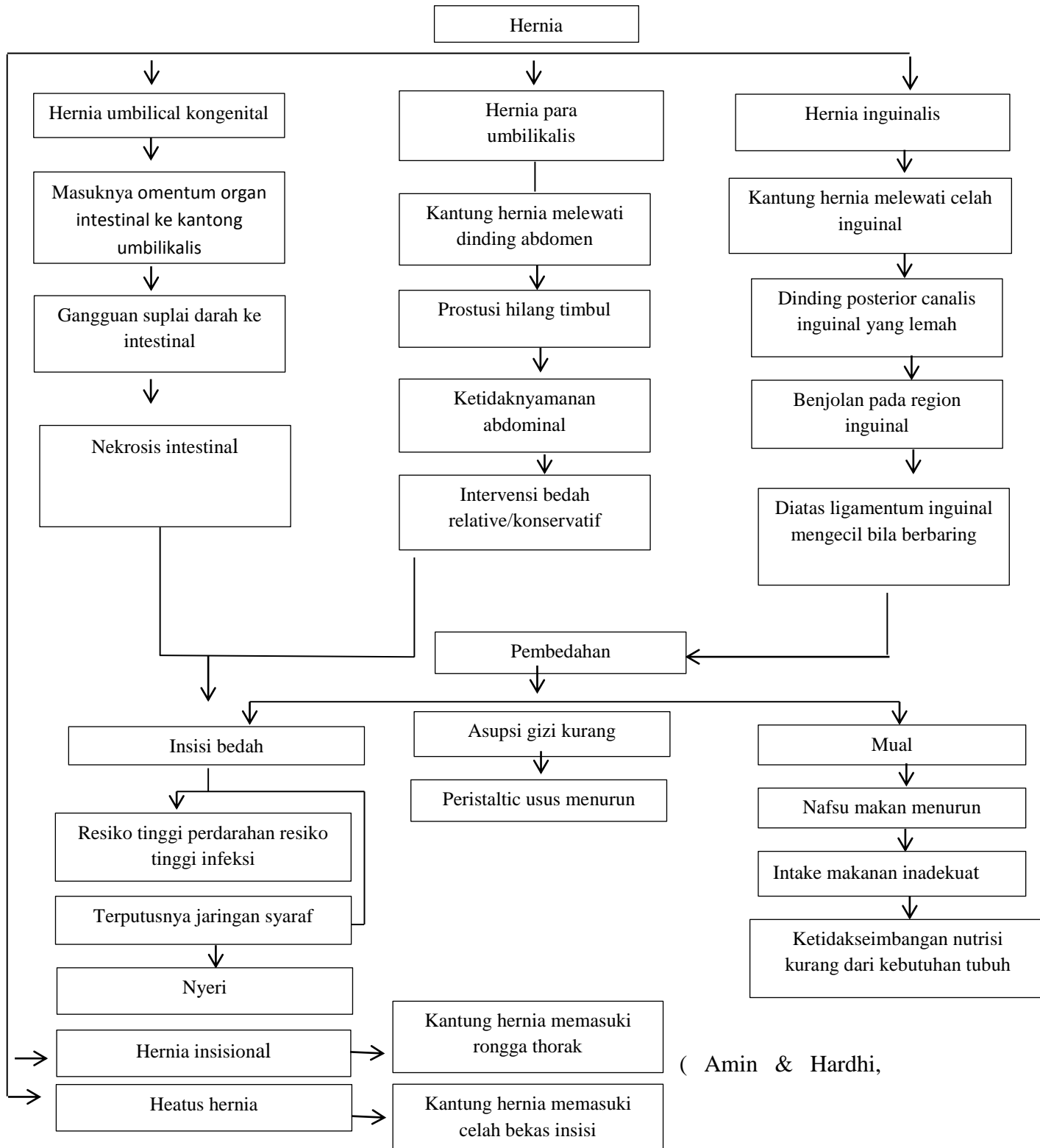
## 7. Patofisiologi

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau perpindahan usus ke daerah otot abdominal. Tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak cukup pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi pada proses perkembangan yang cukup lama, pembedahan abdominal dan kegemukan. Pertama-tama terjadi kerusakan yang sangat kecil pada dinding abdominal, kemudian terjadilah hernia. Insiden hernia bertambah oleh karena bertambahnya umur karena meningkatnya penyakit yang meningkatkan tekanan intra abdomen dan jaringan penunjang berkurang kekuatannya. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan locus minoris resistance, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti batuk-batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat beban yang berat, mengejan. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali



dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut.(Bagas Anggara dkk, 2015)

**8. Pathway HIL**



## 9. Penatalaksanaan

### a. Penanganan hernia ada dua macam:

#### 1) Konservatif

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Tindakan konservatif Terdiri atas:

##### a) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulate kecuali pada anak-anak.

##### b) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sclerotik berupa alkohol atau kanan di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritoneal.

##### c) Sabuk hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masil kecil dan menolak dilakukan operasi.

### b. Operatif

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada:

#### 1) Hernia reponibilis

#### 2) Hernia irreponibilis

- 3) Hernia strangulasi
- 4) Hernia incarceratedata

Operasi hernia dilakukan dengan 3 tahap:

1. Herniotomy

herniotomi (memotong kantung hernia)

2. Hernioraphy

Hernioraphy suatu tindakan yang terdiri dari herniotomy dan hernioplasty dimana pembedahan ini lebih efektif untuk mengatasi hernia, karena metode konservatif (reposisi isi hernia ke tempat semula) sering menyebabkan keadaan hernia berulang, bahkan biasanya keadaanya menjadi lebih parah dan memiliki prognosis yang buruk. Akibat dari tindakan ini akan menyebabkan peradangan, edema dan perdarahan, dan sering terjadi pembengkakan.

3. Hernioplasty

hernioplasty memperkuat dinding posterior abdomen dan cincin hernia.  
(Dermawan, 2010)

## **B. KONSEP NYERI**

### **1. Definisi**

Nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Nyeri yang dirasakan oleh pasien merupakan efek samping yang timbul setelah menjalani suatu operasi. Nyeri mulai terasa seiring dengan berkurangnya pengaruh anestesi. Karakteristik nyeri pada hernia adalah rasa nyeri yang terus bertambah serta kulit di atasnya menjadi

merah dan panas. Nyeri karena pembedahan akan mengganggu aktivitas sehari-hari, istirahat, dan kenyamanan sehingga nyeri harus mendapat penatalaksanaan yang tepat (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks 2014).

## **2. Pola Nyeri**

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan). Dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri jenis ini juga dapat dianggap dapat memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pascaoperasi, yang biasanya menghilang ketika luka sembuh. Klien biasanya menggunakan kata seperti “tajam”, “tertusuk” dan “tertembak” untuk mendeskripsikan nyeri akut (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma 2015).

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan (atau 1 bulan lebih dari normal dimasa akhir kondisi yang menyebabkan nyeri) dan tidak diketahui kapan akan berakhir kembali jika terjadi kembali nyeri yang sama seperti yang di timbulkan. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks 2014).

## **3. Penatalaksanaan Nyeri**

Penatalaksanaan nyeri pada pasien setelah operasi hernia dapat dilakukan melalui terapi farmakologis maupun terapi non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu pemberian obat-obatan analgesik dan penenang. Sedangkan terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan cara bimbingan antisipasi, terapi kompres panas/dingin, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupunktur, massage, serta terapi musik<sup>13</sup>. Penatalaksanaan nyeri post operasi secara non farmakologi bukan sebagai

pengganti utama terapi analgesik yang telah diberikan, namun sebagai terapi pelengkap untuk mengurangi nyeri pasca operasi. Kombinasi penatalaksanaan secara farmakologis dan non farmakologis merupakan cara terbaik untuk mengontrol nyeri post operasi. Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks (2014).

#### **4. Mekanisme Nyeri**

Nyeri secara keilmuan (Pengakuan yang subyektif) terpisah dan berbeda dari istilah nosisepsi. Nosisepsi merupakan ukuran kejadian fisiologis. Nosisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan. Kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan spinalis dan otak. Nosisepsi biasanya muncul tanpa ada rasa nyeri dan berada di alam bawa sadar. (Joyce M. Black & Jane Hokanson Hawks 2014)

Nyeri mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi seperti (1) peningkatan atau penurunan tekanan darah, (2) takikardi, (3) diaforesi, (4) takipneu, (5) fokus pada nyeri, dan (6) melindungi bagian tubuh yang nyeri. Respon kardiovaskular dan pernapasan akibat stimulasi sistem saraf simpatis sebagai bagian dari respon *fight or flight*. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu sistem nyeri kronis. (Amin Huda & Hardhi Kusuma 2015)

Menurut Melton 2008 hubungan usia dengan intensitas nyeri menunjukkan bahwa hubungan usia dengan intensitas nyeri pasca bedah menunjukkan semakin tua usia responden semakin tinggi intensitas nyeri yang dirasakan, bahwa intensitas nyeri menunjukkan bahwa intensitas nyeri lebih tinggi pada usia lebih tua dari pada klien dewasa muda.

## 5. Hasil Penelitian Jurnal Terkait Imajinasi Terbimbing

Kedua responden memiliki yang sama mulai diberikan terapi Imajinasi terbimbing setelah post operasi Hernioraphy selama 10-15 menit dilakukan 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari, dan mendapat hasil yang efektif. Begitupun hasil penelitian yang dilakukan oleh Tri Adhy Prasetia, Susi Muryani, Rizki Cintya Dewi dengan judul *Pengaruh teknik relaksasi imajinasi terbimbing terhadap tingkat intensitas nyeri pada pasien post operasi Hernia*, memberikan kesimpulan bahwa menurunkan intensitas nyeri dengan memberikan teknik imajinasi terbimbing pada klien dengan post operasi Hernioraphy adalah efektif.

## C. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian

Pada klien hernia hal yang perlu di kaji pada penderita hernia inguinalis adalah memiliki riwayat pekerjaan mengangkat beban berat, duduk yang terlalu lama, terdapat benjolan pada bagian yang sakit, kelemahan otot, nyeri tekan, klien merasa tidak nyaman karena nyeri pada perut. Dermawan & Rahayuningsih (2010).

### 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri berhubungan dengan diskontinuitas jaringan ditandai dengan luka pada abdomen.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka bekas post operasi.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan proses invasi kuman ditandai dengan perawatan luka yang kurang.
- d. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka insisi ditandai ketidaknyamanan keterbatasan gerak
- e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan system irigasi/drainage ditandai dengan ketidakseimbangan cairan
- f. Kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan diit cairan ditandai dengan penurunan fungsi usus. (Amin Huda dkk,2015)

### 3. Intervensi

**Tabel 2.1**  
**Intervensi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1. Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan ditandai dengan adanya luka pada abdomen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Dengan kriteria hasil: 1. Secara verbal klien mengungkapkan nyeri berkurang atau hilang, klien dapat istirahat dengan tenang.	1. Kaji skala nyeri  2. Pantau Tanda-tanda vital  3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksas  4. Pemberian obat analgetik	1. Membantu mengevaluasi derajat ketidaknyamanan dan keefektifan analgesic atau dapat menyatakan terjadinya komplikasi 2. Respons autoromik meliputi perubahan pada TD, nafasan yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. 3. Meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian dapat meningkatkan coping. 4. Memberikan penurunan nyeri

			hebat
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka post operasi.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat menunjukkan kriteria hasil : 1. Menunjukkan mobilitas yang aman dan Meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang sakit.	1. Anjurkan pasien untuk beraktivitas sehari-hari dalam keterbatasan pasien 2. Anjurkan keluarga dalam melakukan meningkatkan kemandirian pasien	1. Partisipasi pasien akan meningkatkan kemandirian pasien. 2. Keterbatasan aktivitas bergantung pada kondisi yang khusus tetapi biasanya berkembang dengan lambat sesuai toleransi.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan proses invasi kuman	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat menunjukkan kriteria hasil : 1. Tanda vital dalam batas normal, luka kering tidak ada pus/nanah.	1. Observasi penyatuan luka, karakter drainase, adanya inflamasi 2. Pertahankan keperawatan luka aseptik 3. Pertahankan balutan kering 4. Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan sesuai indikasi	1. Perkembangan infeksi dapat memperlambat pemulihan 2. Lindungi pasien dari kontaminasi selama pengantian 3. Balutan basah bertindak sebagai sumbu penyerapan kontaminasi. 4. Diberikan untuk mengatasi nyeri-nyeri

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).



## 5. **Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (Asmadi, 2008).