

BAB II

TINJAUAN PUSAKA

2.1 Hernia Inguinalis (Konsep Penyakit)

2.1.1 Pengertian

Hernia adalah 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 (Amrizal, 2015).

Menurut Sumber lain Hernia adalah sering terjadinya dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya Orang awam menyebutnya turun bero atau hernia. Terjadi Hernia inguinalis yaitu ketika dinding abdomen bertambah ke bawah melalui dinding sehingga menerobos usus (Nurarif & Kusuma 2015).

Sumber lain mengatakan, Hernia *Inguinalis* didefinisikan sebagai penonjolan organ abdomen atau jaringan adiposa preperitoneal melalui kanalis inguinalis. Hernia tipe ini yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum dan sering terjadi pada lakilaki, berdasarkan laporan di Amerika Serikat, insidensi kumulatif hernia inguinalis di rumah sakit adalah 3,9% untuk laki-laki dan 2,1% untuk perempuan (Widodo & Trisettya, 2022). Berdasarkan pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa Hernia Inguinalis adalah salah satu penyakit yang di tandai dengan benjolan yang muncul melalui defek

atau bagian-bagian lemah dari lapisan muscular aponeurotik dinding perut.

2.1.2 Etiologi

Menurut Amrizal, (2015), Hernia dapat di jumpai pada segala usia, dan lebih banyak pada laki-laki. Penyebab utama terjadinya Hernia adalah:

- 1) Kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen.
- 2) Adanya peningkatan tekanan intra abdomen

Kelemahan otot yang dibawa, sejak lahir (*congenital*) merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan terjadinya hernia, selain adanya peningkatan tekanan intra abdomen. Kelemahan otot memang tidak dapat dicegah, tetapi latihan yang rutin dapat meningkatkan kekuatan otot yang lemah.

- 3) Kongenital faktor resiko yang dapat menyebabkan Hernia adalah :
 - a. Usia

Usia adalah salah satu penentu seseorang mengalami hernia inguinalis, sebagaimana pada Hernia inguinalis direk lebih sering pada laki-laki usia tua yang telah mengalami kelemahan pada otot dinding abdomen.

Sebaliknya pada dewasa muda yang berkisar antara 20-40 tahun yang merupakan usia produktif. Pada usia ini bisa terjadi peningkatan tekanan intraabdominal apabila pada usia ini

melakukan kerja fisik yang berlangsung terus-menerus yang dapat meningkatkan risiko terjadinya Hernia Inguinalis Indirek.

b. Angkat berat, karena dapat meningkatkan tekanan intra abdomen

c. Batuk kronik

Apabila batuk berlangsung kronis maka terjadilah peningkatan tekanan intraabdominal yang dapat menyebabkan terbuka kembali kanalis inguinalis dan menimbulkan defek pada kanalis inguinalis sehingga timbulnya Hernia Inguinalis.

d. Obesitas

Pada orang yang obesitas terjadi kelemahan pada dinding abdomen yang disebabkan dorongan dari lemak pada jaringan adiposa di dinding rongga perut sehingga menimbulkan kelemahan jaringan rongga dinding perut dan terjadi defek pada kanalis inguinalis.

Pada obesitas faktor risiko lebih besar apabila sering terjadi peningkatan intraabdomen, misalnya: mengejan, batuk kronis, dan kerja fisik.

2.1.3 Patofisiologi

Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 dari kehamilan, terjadinya desensus testikulorum melalui kanalis inguinalis. Penurunan testis itu akan menarik

peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi tonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonea. Bila bayi lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi, sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup, karena testis yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka. Dalam keadaan normal, kanal yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka sebagian, maka akan timbul hidrokel. Bila kanal terbuka terus, karena prosesus tidak berobliterasi maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital.

Biasanya Hernia pada orang dewasa ini terjadi karena lanjut usia, karena pada umur yang tua otot dinding rongga perut dapat melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup, namun karena daerah ini merupakan lokus minoris resistansi, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti, batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat barang-barang berat dan mengejan, maka kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul Hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut. Akhirnya menekan dinding rongga yang telah melemas akibat

trauma, hipertropi prostat, asites, kehamilan, obesitas, dan kelainan kongenital (Amrizal, 2015).

2.1.4 Tanda dan gejala

Tanda dan gejala menurut Amrizal, (2015) antara lain

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- b. Adanya rasa nyeri di 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 stragulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan di bawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.5 Komplikasi

Menurut (Amrizal, 2015), komplikasi yang sering terjadi pada Hernia adalah sebagai berikut :

- 1) Hernia berulang

- 2) Hematoma
- 3) Retensi urin
- 4) Infeksi pada luka
- 5) Nyeri kronis atau akut
- 6) Pembengkakan testis karena atrofi testis
- 7) Rekurensi hernia (sekitar 2%)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Amrizal, 2015), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada klien Hernia adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan darah lengkap

Menunjukkan peningkatan sel darah putih, serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hemotokrit), dan ketidakseimbangan elektrolit.

- 2) Pemeriksaan koagulasi darah

Pemeriksaan koagulasi darah : mungkin memanjang, mempengaruhi homeostatis intraoperasi atau post operasi.

- 3) Pemeriksaan urine

Munculnya sel darah merah atau bakteri yang mengidentifikasi infeksi.

- 4) Elektrokardiografi (EKG)

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

- 5) Sinar X abdomen

Menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus/obstruksi usus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Amrizal, 2015) Penatalaksanaan Pada Hernia sebagai berikut:

1. Konservatif, pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk isi hernia yang telah direposisi. Adapun tindakannya terdiri atas :
 - a) Reposisi merupakan suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia kedalam cavum peritonei atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reoinibilis dengan cara memakai kedua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulate kecuali pada anak-anak.
 - b) Suntikan dilakukan penyuntikan dengan cairan sklerotik yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dan cavum peritonei.
 - c) Sabuk hernia diberikan pada pasien yang hernia yang masih kecil dan menolak dilakukan operasi.
1. Operatif, tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada : hernia:

a) Herniotomy

Herniotomi adalah tindakan membuka kantong hernia, memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Herniotomi dilakukan pada anak-anak dikarenakan penyebabnya adalah proses kongenital dimana prosesus vaginalis tidak menutup.

b) Hernioraphy

Herniorafi adalah membuang kantong hernia di sertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah di belakang kanalis inguinalis. Herniorafi dilakukan pada orang dewasa karena adanya kelemahan otot atau fasia dinding belakang abdomen.

Mulai dari mengangkat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebanan antara tepi bebas musculus intra abdominalis dan musculus tranversus abdominalis yang berinsersio dan tuberculum pubicum).

c) Hernioplasty

Hernioplasti adalah tindakan memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Pengertian

Nyeri merupakan kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala maupun tingkatannya, dan orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Nyeri adalah suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak sehingga individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri (Bagus et al., 2017)

2.2.2 Fisiologi Nyeri

Menurut Bagus et al., (2017) mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitasektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri : transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi

- 1) Transduksi yaitu Penerimaan stimulus nyeri atau noksius oleh nosiseptor yang selanjutnya diubah menjadi impuls elektrik.
- 2) Transmisi adalah Penghantaran impuls elektrik dari saraf perifer menuju kornu dorsalis di medula spinalis kemudian ke

talamus melalui traktus spinotalamikus dan selanjutnya diteruskan ke korteks serebri.

- 3) Modulasi adalah Proses perubahan transmisi impuls nyeri yang melibatkan Descending Modulatory Pain Pathways (DMPP) sehingga dapat menyebabkan proses peningkatan impuls nyeri (eksitasi) atau penurunan impuls nyeri (inhibisi).
- 4) Presepsi yaitu Hasil akhir yang menimbulkan suatu perasaan subyektif yang dikenal sebagai nyeri.

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi enam bulan, serta ditandai dengan adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikomatis. nyeri post operasi Hernioraphy biasanya memiliki skala 4-5 (1-10) (Widodo & Trisetia, 2022)

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Nyeri merupakan suatu keadaan yang kompleks yang dipengaruhi oleh fisiologi, spiritual, psikologis, dan budaya. Setiap

individu mempunyai pengalaman yang berbeda tentang nyeri (Bagus et al., 2017).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

- Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.5 Pengkajian Nyeri

Menurut Buku keperawatan Instrumen pengkajian nyeri (Bagus et al., 2017), Pengkajian nyeri di bagi menjadi 2 yaitu Pengkajian nyeri Subjektif dan Pengkajian nyeri Objektif :

(1) Subjektif dapat digunakan pada pasien yang sadar. Berikut beberapa instrumen yang dapat digunakan:

1. *NRS (Numeric Rating Scale)*: cara mengkaji nyeri secara subjektif yang sering digunakan. Metode yang digunakan adalah angka 0-10, dengan menggunakan NRS kita dapat menentukan tingkat/derajat nyeri pasien dimana 0 (tidak ada nyeri), 1-4 (nyeri ringan), 5-6 (nyeri sedang), 7-10 (nyeri berat).
2. *VAS (Visual Analog Scale)*: Skala berupa garis lurus yang panjangnya 10 cm, dengan deskripsi pada masing-masing

angkanya. <4 (nyeri ringan), 4-7 (nyeri sedang) dan 7-19 (nyeri berat).

3. *Wong-Baker Faces Pain Scale*: Instrumen pengkajian nyeri ini biasanya digunakan pada pasien anak-anak kurang dari 12 tahun. Pengkajian nyeri dipusatkan pada ekspresi wajah yang terdiri dari enam animasi wajah, dari ekspresi tersenyum, kurang bahagia, sedih, dan wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk).

(2) Pengkajian nyeri objektif dapat digunakan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran (terintubasi)

1. *Nonverbal Adult Pain Scale (NVPS)*: Instrumen ini dapat digunakan pada pasien dewasa yang mengalami penurunan kesadaran (terintubasi dan tersedasi). *NVPS* terdiri dari 3 indikator perilaku dan fisiologi (tekanan darah, denyut jantung, respiratory rate, kulit).
2. *FLACC Scale*: Pengkajian nyeri yang terdiri dari item wajah, kaki, aktivitas, tangisan, dan kenyamanan. Instrumen ini dapat digunakan pada orang dewasa yang mengalami gangguan komunikasi verbal. Hasil *FLACC* dapat ditentukan dengan skor 0 (nyaman), 1-3 (ringan), 4-6 (sedang) dan 7-10 (berat).
3. *Comfort Scale*: Instrumen ini sangat cocok digunakan dalam mengkaji tingkat distres psikologis pada pasien kritis anak-

anak di bawah usia 18 tahun dan juga pada pasien dewasa yang terpasang ventilator. *Comfort scale* terdiri dari 8 item indikator penilaian yakni kewaspadaan, ketenangan, respon pernapasan, gerakan fisik, ketegangan wajah, gerakan otot, tekanan darah dan denyut nadi. Hasil penilaian terdiri dari 1-5, dimana 1 merupakan tidak berespon dan 5 paling tidak nyaman.

4. *Behavior Pain Scale (BPS)*: adalah instrumen pengkajian nyeri pada pasien kritis. *BPS* terdiri dari tiga item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan bibir atas dan komplians terhadap ventilator. Setiap item tersebut memiliki 1-4 skor. Jika ditemukan hasil <3 menandakan tidak nyeri, sementara jika skor 12 (sangat nyeri).
5. *CRIES Scale*: Pengkajian nyeri dengan melihat adanya tangisan, oksigenasi, vital signs, ekspresi wajah dan tidur (sleepless).
6. *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)*: merupakan instrumen pengkajian nyeri yang terdiri dari 4 item penilaian yakni ekspresi wajah, pergerakan badan, tegangan otot dan keteraturan dengan ventilator (pasien terintubasi) dan tidak terintubasi. Total skor CPOT adalah 8 (semakin tinggi skor yang didapat mengindikasikan tingkat nyeri yang dialami pasien).

2.2.6 Penatalaksanaan nyeri

Menurut (Amrizal, 2015)

1. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Teknik nafas dalam adalah salah satu wujud asuhan keperawatan, kondisi ini perawat membimbing klien mengatur napas dalam/napas lamban (menahan inhalasi maksimum) serta cara membuang napas dengan perlahan. mengatakan tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam yaitu dapat meningkatkan ventilasi alveolus, mempertahankan pertukaran gas, menahan atelektasis paru, mengurangi intensitas nyeri dan kecemasan. Sedangkan manfaat yang didapatkan oleh klien selepas mengaplikasikan teknik relaksasi nafas dalam yaitu nyeri berkurang, hati menjadi tenang dan tentram, serta rasa cemas berkurang. Teknik ini sangat sederhana tetapi bila dilakukan dengan baik dapat mengurangi rasa nyeri. (Widodo & Trisetia, 2022)

Caranya yaitu tarik nafas dalam dari hidung kemudian mengeluarkannya secara perlahan melalui mulut. Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan.

2. Distraksi (pengalihan selain nyeri)

Adalah memfokuskan perhatian diri pada sesuatu selain nyeri. Metode nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang

dialami. Contohnya diantaranya : menonton TV, membaca buku, ngobrol dengan keluarga dan lain – lain.

3. Aromaterapi

Terapi dengan menggunakan wewangian alamiah yang mengandung unsur-unsur herbal dengan pendekatan sistem keseimbangan alam. Terapi dengan wewangian membuat efek rileks, menghilangkan stress dan membuat pikiran menjadi tenang. Wewangian tertentu diyakini dapat mempengaruhi sistem syaraf terutama otak untuk bekerja memproduksi penetal yang menyebabkan nyeri.

4. Hipnoterapi

Hipnoterapi adalah terapi dengan menggunakan hypnosis Diterapi terlebih dahulu membuat anda masuk dalam kondisi relaksasi

5. Teknik Imajinasi Terbimbing

Adalah membayangkan sesuatu yang menarik dan menyenangkan seperti pengalaman hidup yang indah, membayangkan berwisata dan lain – lain.

6. Teknik Rangsangan dan Pijatan

Tehnik rangsangan berupa kompres air hangat pada daerah sekitar nyeri dapat melebarkan pembuluh darah yang mengalir ke area nyeri. Sehingga rasa nyeri dapat berkurang

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Menurut Sondahk, (2020) , pengkajian keperawatan pada klien hernia adalah sebagai berikut:

1. Data Umum

Identitas klien (nama, umur, agama, tempat tinggal, status pendidikan, dll) dan penanggung jawab klien

2. Keluhan Utama

Pada anamnesis keluhan utama yang lazim di dapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sebelum pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien, dapat digunakan metode PQIRST.

(a) Provoking Incident

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan.

(b) Quality of Pain

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien

(c) Region, Radiation dan Relief

Area yang dirasakan nyeri pada klien. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

(d) Severity (Scale) of Pain

Biasanya klien Hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 57 dari skala pengukuran 1-10.

(e) Time.

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk.

(a) Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, dan nyeri di daerah sekitar paha dalam maupun testis, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta kelelahan pasca nyeri sering di dapatkan.

(b) Riwayat Penyakit Dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu yang penting untuk di kaji antara lain penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, diptimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif serta dengan aktivitas (khususnya pekerjaan) yang mengangkat beban berat juga mempunyai resiko terjadi hernia

(c) Pola Fungsi Kesehatan

Pada aspek ini pengkajian aktivitas sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, istirahat tidur, pola personal hygiene, dan aktivitas saat di rumah maupun di rumah sakit menurut (Qiemas 2020).

a) Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai makan dan minuman pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi makan dan minum, jenis makanan dan minuman, porsi makanan, jumlah minuman dan keluhan yang dialami. Untuk pasien post operasi hernioraphy keluhan yang sering muncul seperti mual dan muntah, nafsu makan buruk atau anoreksia.

b) Pola Eliminasi

Pada aspek ini dikaji mengenai BAB dan BAK pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitankesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Pada pasien post operasi hernioraphy keluhan yang biasanya muncul pada pola eliminasi biasanya ditemukan ketidak mampuan defekasi dan flatus.

c) Istirahat Tidur

Pada aspek ini dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji kuantitas tidur siang maupun malam dan keluhan tidur yang dialami. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami gangguan tidur karena nyeri.

d) Pola Personal Hygiene

Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien tidak dapat melakukan personal hygiene.

e) Pola Aktivitas

Pada aspek ini dikaji mengenai kegiatan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan di rumah sakit, dilakukan secara mandiri atau tergantung. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami keterbatasan gerak.

(d) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan aukultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan persistem secara berurutan dimulai dari sistem pernafasan, kardiovaskuler, pencernaan, genitourinaria, endokrin, persyarafan, integumen, musculoskeletal, penglihatan, wicara dan THT. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik persistem, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaaan TTV dan antropometri (Sjamsuhidajat.et.al..2019).

(a) Sistem Pernafasan

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya mengalami peningkatan frekuesnsi pernapasan hal ini merupakan salah satu dampak akibat dari nyeri luka operasi.

(b) Cardiovaskuler

Inspeksi dan palpasi: mengamati adanya pulsasi dan iktus cordis. Perkusi: meliputi batas-batas jantung Auskultasi: irama reguler/ireguler, kualitas, ada/tidaknya bunyi tambahan pada jantung.

(c) Pencernaan

Inspeksi : Biasanya terdapat luka post operasi di hernia inguinalis diatas ligamentum inguinale. Auskultasi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya sering terjadi ada/tidaknya peristaltik usus dan penurunan bising usus. Perkusi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya terdapat distensi abdomen. Palpasi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis teraba massa, terdapat nyeri tekan pada daerah inguinalis

(d) Genitourinaria

Kaji pengeluaran urine terdapat nyeri pada waktu miksi atau tidak, biasanya pada pasien post operasi hernia inguinalis tidak terjadi perubahan warna urine pada pasien menjadi lebih gelap/pekat

(e) Endokrin

Pada umumnya pasien post hernia inguinalis tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (thyroid dan lain-lain).

(f) Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi 12 nervus saraf cranial. Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

(g) Integumen

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya ditemukan adanya luka operasi pada abdomen kuadran bawah, turgor kulit < 3 detik menandakan gejala dehidrasi. Karakteristik luka dinilai dari kedalaman luka, biasanya luka pada pasien post operasi hernia inguinalis, serta kaji apakah ada tanda tanda infeksi atau tidak, kaji apakah ada edema, eritema disekitar luka, bagaimana kebersihan luka bersih/kotor.

(h) Muskuloskeletal

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak bila di gerakan akan menimbulkan nyeri di bagian abdomen karna terdapat luka operasi. Maka dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui ada atau tidak keterbatasan gerak.

(i) Penglihatan

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan, tidak ada gangguan pada sistem penglihatan

(j) Pendengaran

Uji kemampuan pendengaran dengan test rine, webber, dan schwabach menunjukkan menunjukkan tidak ada keluhan pada sistem pendengaran. Biasanya tidak terdapat keluhan pada pasien post operasi hernia inguinalis.

(e) Data psikologis

Data psikologi yang dikaji pada klien meliputi status emosi klien, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. Klien post operasi Hernioraphy biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka, dan terkadang jadi cepat merasa tersinggung atau cepat marah.

(f) Data sosial

Dikaji hubungan klien dengan keluarganya sendiri, klien dengan petugas pelayanan kesehatan tempat klien dirawat dan hubungan klien dengan sesama pasien di ruangan tempat klien dirawat.

(g) Data spiritual

Menyangkut keyakinan kepada Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan akan kesembuhan, harapan kesembuhan serta

kegiatan ibadah sebelum dan selama dirawat. Dan mengkaji keyakinan klien akan Tuhan yang berhubungan dengan kondisi sakit klien saat ini.

(h) Data penunjang

Pada klien Hernia biasanya penegakkan diagnosa medik akan ditunjang oleh hasil pemeriksaan Laboratorium, dan Radiologi .

(i) Analisa Data

Analisa Data Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan (Brunner & Suddarth, 2017), Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada post op Hernioraphy, antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D0077)
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan karena nyeri (D0054)

3. Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)
4. Ansietas berhubungan dengan Ancaman terhadap konsep diri (D.0080)
5. Risiko Infeksi berhubungan dengan Tindakan invasif (D0142)

2.3.3 Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1
Konsep Perencanaan Keperawatan

N	Diagnosa	INTERVENSI		
		TUJUAN	TINDAKAN	
O	Keperawatan			
1.	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik (D0077) Tanda mayor Subjektif: - Klien mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meirngig - Bersikap protektif (mis. Waspa da, posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	Setelah di lakukan tindakan, di harapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik Kontrol Nyeri	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi	Observasi 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien 2. Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien Mengetahai hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien 3. Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien

Tanda Minor	(L.06063)	rasa nyeri : berikan	Terapeutik
Subjektif : -	- Melaporkan	teknik terapi sesuai	1) Mengurangi tingkat
Objektif :	Nyeri	indikasi	nyeri pasien/
- Tekanan	Terkontrol	- Kontrol lingkungan	mengalihkan pasien
darah	meningkat	yang memperberat	dari rasa nyerinya
- Pola nafas	- Kemampuan	rasa nyeri	2) Mengurangi resiko
berubah	mengenal	- Fasilitasi istirahat	factor yang dapat
- Nafsu	onset nyeri	dan tidur.	memperberat
makan	meningkat	Edukasi	nyeri/menimbulkan
berubah	- Kemampuan	1. Jelaskan penyebab,	nyeri
- Proses	mengenal	periode dan pemicu	3) Mengalihkan dan
berfikir	penyebab	nyeri	memenuhi kebutuhan
terganggu	nyeri	2. Jelaskan strategi	istirahat pasien
- Menarik diri	- Kemampuan	mengatasi nyeri	Edukasi
- Berfokus	menggunakan	3. Anjurkan untuk	- Memberikan
pada diri	teknik non-	memonitor nyeri	informasi terkait
sendiri	farmakologis	secara mandiri	nyeri yang dirasakan
- Diaforesis		4. Ajarkan teknik	pasien
		nonfarmakologis	- Membantu pasien
		untuk mengurangi	mengatasi saat rasa
		rasa nyeri	nyeri muncul
		Kolaborasi	- Pasien dapat
		1. Kolaborasi	mengetahui sendiri
		pemberian	karakteristik,
		analgetik, jika	penyebab, lokasi saat
		perlu	nyeri muncul
			- Memudahkan pasien
			untuk mengontrol
			nyeri dengan cara
			sederhana.
			Kolaborasi
			1. Mengurangi/
			menghilangkan rasa
			nyeri yang dirasakan
			pasien
2.	Gangguan	Setelah di lakukan	Dukungan Mobilisasi
	Mobilitas Fisik	tindakan, di	(I.05173)
	b.d	harapkan klien	Observasi
	Keengganan	bisa beraktifitas	1. Identifikasi adanya
	melakukan	dengan	nyeri atau keuhan
	pergerakan	kriteria hasil:	fisik lainnya.
	karena nyeri	Mobilitas Fisik	2. Identifikasi
	(D0054)	(L.05042)	toleransi fisik
	Tanda Mayor	- Pergerakan	melakukan
	Subjektif :	ekstermitas	pergerakan.
	- Mengeluh	Meningkat	3. Monitor frekuensi
	sulit	- Kekuatan otot	jantung dan
	menggerak	meningkat	tekanan darah
	n ekstermitas	- Rentang gerak	
	bawah nya	(ROM)	
	Objektif:	meningkat	
			Observasi
			1) Untuk mengetahui
			keluhan lain pasien
			dan rencana tindakan
			berikutnya
			2) Mengetahui
			kemampuan dan
			batasan pasien terkait
			latihan/gerak yang
			akan dilakukan
			berikutnya
			3) Mengetahui adanya
			perubahan status
			kerja frekuensi dan
			tekanan darah pasien

- Kekuaran Otot menurun - Rentang Gerak (ROM) menurun Tanda Minor: Subjektif: - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan - Merasa cemas/ takut saat bergerak Objektif: - Sendi Kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas - Fisik lemah	- Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun	sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik 1. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu: tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.	4) Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi resiko jatuh/ sakit saat berpindah. 2) Meningkatkan status mobilitas fisik pasien 3) Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan Edukasi 1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan diberikan 2. Untuk mengurangi resiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan 3. Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.
3. Risiko Infeksi b.d Tindakan invasif (D0142) Tanda Subjektif: - Tanda Objektif: -	Setelah dilakukan tindakan, diharapkan lien terbebas dari infeksi selama proses penyembuhan dengan kriteria hasil: Tingkat Infeksi (L.14137) - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	Observasi 1. Untuk mengetahui secara dini tanda-tanda infeksi sehingga dapat segera diberikan tindakan yang cepat Terapeutik 1. Meminimalkan interaksi antara pasien dengan orang lain supaya tidak terjadi penyebaran infeksi. 2. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka operasi Edukasi

	- Kadar sel darah putih membaik	2.Ajarkan cara memeriksa konsisi luka atau luka oprasi 3.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	1. Memberikan informasi tanda dan gejala terkait infeksi 2. Meningkatkan pengetahuan klien terhadap luka nya 3.Dengan meningkatkan nutrisi yang baik dapat meningkatkan daya tahan tubuh.	
		Kolaborasi 1.Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	Kolaborasi 1. Meghambat perkembangan sehingga tidak terjadi proses infeksi	
4.	Gangguan Rasa Nyaman b.d Gejala penyakit (D.0074) Tanda Mayor Subjektif: - Mengeluh tidak nyaman Objektif : - Gelisah Tanda Minor Subjektif: - Mengeluh sulit tidur - Tidak mampu rileks - Mengeluh kedinginan/kepanasan - Merasa gatal - Mengeluh mual - Mengeluh lelah Objektif: - Menunjukkan gejala distress - Tampak merintih/ menangis	Setelah di lakukan tindakan, di harapkan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya dan lingkungan Status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: Status Kenyamanan (L.08064) - Perawatn sesuai kebutuhan meningkat - Rileks meningkat - Keluhan tidak nyaman menurun - Gelisah menurun - Kewaspadaan membaik - Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri : berikan teknik terapi sesuai indikasi - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur.	Observasi - Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien - Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien - Mengetahai hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien - Mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien Terapeutik - Mengurangi tingkat nyeri pasien/ mengalihkan pasien dari rasa nyerinya - Mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri - Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien
		Edukasi		

- Pola eliminasi berubah - Postur tubuh berubah - Iritabilitas		- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi mengatasi nyeri - Anjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		Edukasi - Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien - Membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul - Pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi saat nyeri muncul - Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana.
		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu		Kolaborasi - mengurangi/menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien.
5.	Ansietas b.d merasa Ancaman terhadap konsep diri(D.0080) Tanda Mayor: Subjektif: - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi - Sulit berkonsentrasi Objektif: - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur Tanda Minor Subjektif : - Mengeluh pusing - Anoreksia	Setelah di lakukan tindakan, di harapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Tingkat Ansietas (L.09093) - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Keluhan pusing menurun - Anoreksia menurun - Palpitasi menurun	Reduksi Ansietas (L.09314) Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkankepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas	Observasi - Mengetahui penyebab Ansietas - Membantu memberikan terapi. - Meningkatkan pengetahuan dan koping pasien. Terapeutik - Membantu memberikan terapi. - Membantu merelaksasikan perasaan pasien. - Memberikan rasa nyaman kepada pasien. - Membantu untuk memberikan terapi.

- Palpitasi	- Frekuensi pernafasan menurun	- Dengarkan dengan penuh perhatian	- Membantu meningkatkan rasa aman pasien.
- Merasa tidak berbahaya	- Frekuensi nadi menurun	- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	- Menambah pengetahuan pasien.
Objektif:	- Tekanan darah menurun	- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan	- Sebagai sumber koping tambahan.
- Frekuensi nafas meningkat	- Diaforesis menurun	- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	- Membantu mengidentifikasi respon pasien.
- Frekuensi nadi meningkat	- Tremor menurun	- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	
- Tekanan darah meningkat	- Pucat menurun		Kolaborasi
- Diaforesis	- Konsentrasi membaik		- Mengurangi ansietas.
- Termor	- Pola tidur membaik	Kolaborasi	
- Muka tampak pucat	- Perasaan keberdayaan membaik	- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	
- Suara bergetar	- Pola mata membaik		
- Kontak mata buruk	- Pola berkemih membaik		
- Sering berkemih	- Orentasi membaik		
- Beroientasi pada masa lalu			

2.3.4 Implementasi/Pelaksanaan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2020).

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu berfokus pada masalah keperawatan nyeri akut dengan melakukan tindakan Teknik Relaksasi nafas dalam dan Distraksi. Saat melakukan

tindakan Teknik Relaksasi dan Distraksi, peneliti juga mengobservasi frekuensi, intensitas nyeri dan memberikan posisi yang dapat mengurangi nyeri.

2.3.5 Evaluasi

Menurut SLKI (2018) Evaluasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dengan masalah nyeri akut yaitu dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri, Tujuan evaluasi ini adalah untuk mengetahui perawatan yang diberikan dapat dicapai Dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik. Kriteria hasil dari Kontrol Nyeriyaitu, Melaporkan Nyeri Terkontrol meningkat, Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, Kemampuan mengenali penyebab nyeri, dan Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi.

