

STUDY LITERATUR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI HERNIA* DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DALAM PENERAPAN *RANGE OF MOTION* DI RUMAH SAKIT UMUM DR. FERDINAND LUMBAN TOBING KOTA SIBOLGA TAHUN 2020

Sebagai syarat menyelesaikan pendidikan program studi
Diploma III Keperawatan



OLEH :

RICKY FEBRIANTO HULU
NPM : 17-01-572

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III
TAPANULI TENGAH
2020

STUDY LITERATUR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
HERNIA DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
DALAM PENERAPAN *RANGE OF MOTION* DI
RUMAH SAKIT UMUM DR. FERDINAND
LUMBAN TOBING KOTA SIBOLGA
TAHUN 2020**



OLEH :

RICKY FEBRIANTO HULU

NPM : 17-01-572

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III

TAPANULI TENGAH

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : *LITERATURE REVIEW* : ASUHAN KEPERAWATAN PADA
KLIEN *POST OPERASI HERNIA* DENGAN HAMBATAN
MOBILITAS FISIK DALAM PENERAPAN *RANGE OF MOTION*
DI RUMAH SAKIT UMUM DR. F.L. TOBING KOTA SIBOLGA
TAHUN 2020

NAMA : RICKY FEBRIANTO HULU

NIM : P0 1701571

Telah Diterima dan Disetujui Untuk Diseminarkan dihadapan penguji.

Pandan, juli 2020

Menyetujui

Pembimbing Utama



Yusniar, SKM, MKM
NIP : 1978109142006042009

Pembimbing Pendamping



Ns. Tiur R. Sitohang S.Kep., M.Kep
NIP : 19830913 200903 3003

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kesehatan Kemenkes Medan



Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes
NIP. 196505121999032001

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : RICKY FEBRIANTO HULU
NIM : P0 1701571
JUDUL : *LITERATURE REVIEW* : ASUHAN KEPERAWATAN PADA
KLIEN *POST OPERASI HERNIA* DENGAN HAMBATAN
MOBILITAS FISIK DALAM PENERAPAN *RANGE OF MOTION*
DI RUMAH SAKIT UMUM DR. F.L. TOBING KOTA SIBOLGA
TAHUN 2020

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diuji Pada Sidang Ujian Akhir Program Jurusan
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Keperawatan Prodi D-
III Tapanuli Tengah Tahun 2020.

Pembimbing Utama



Yusniar, SKM, MKM
NIP : 1978109142006042009

Pembimbing Pendamping



Ns. Tiur R. Sitohang S.Kep., M.Kep
NIP : 19830913 200903 3003

Ketua Penguji



Minton Manalu, SKM., M.Kes
NIP : 197001371991031004

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kesehatan Kemenkes Medan




Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes
NIP. 196505121999032001

RICKY FEBRIANTO HULU
1701572

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI HERNIA* DENGAN
HAMBATAN MOBILITAS FISIK DALAM PENERAPAN *RANGE OF MOTION* DI RUMAH
SAKIT UMUM DR. FERDINAND LUMBAN TOBING KOTA SIBOLGA TAHUN 2020

ABSTRAK

Ricky Febrianto Hulu*. Yusniar, SKM, MKM**. Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep.,
M.Kep.**.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI *POST OPERASI HERNIA* DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DALAM PENERAPAN TERAPI *RANGE OF MOTION* DI RUMAH SAKIT UMUM DR. FERDINAND LUMBAN TOBING KOTA SIBOLGA TAHUN 2020.

(xii + Halaman + Tabel + Lampiran)

Latar Belakang : Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga bagian terlemah dari bagian muskuloaponeurotik dinding perut, hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Berdasarkan *World Health Organization*, pada tahun 2016 prevalensi pasien Hernia adalah 350 per 1000 populasi penduduk. **Tujuan :** Untuk mengetahui persamaan, kelebihan, dan kekurangan dari kelima jurnal penelitian. **Metode :** Metode penelitian adalah studi kepustakaan atau literatur review. **Hasil :** Kelima jurnal tersebut memiliki hubungan satu sama lain yaitu sama-sama membahas tentang pengaruh mobilitas untuk mempercepat penyembuhan luka post operasi hernia dan memiliki tujuan yang sama untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik pasien post operasi hernia dan untuk mempercepat penyembuhan luka post operasi hernia. **Kesimpulan :** Berdasarkan hasil Systematic Review yang telah dilakukan didapatkan dengan pemberian latihan yaitu 2x sehari setiap pagi dan sore dengan waktu 15-35 menit dan dilakukan 4 kali pengulangan setiap gerakan. Waktu pemberian latihan ini sebaiknya lebih lama minimal 4 minggu karena telah terbukti berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot. Terapi tersebut direkomendasikan untuk digunakan karena tekniknya sederhana, tidak membutuhkan alat dan bahan, tidak memerlukan kemampuan khusus untuk menerapkannya dan dapat dilakukan oleh semua pasien post operasi Hernia yang mengalami kelemahan otot. **Saran :** Diharapkan klien mampu dalam mempertahankan mobilitas fisik untuk meningkatkan kekuatan otot dan agar dapat mengaplikasikan gerakan *Range Of Motion* secara semi mandiri.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Post Operasi Hernia, Hambatan Mobilitas Fisik,
Range Of Motion.

Kepustakaan : 38, 2013 – 2019

*Mahasiswa

**Dosen Pembimbing

POLYTECHNIC OF HEALTH, MINISTRY OF MEDAN MEDAN
NURSING MAJOR
SCIENTIFIC WRITING, JULY 2020

RICKY FEBRIANTO HULU
1701572

NURSING CARE FOR POST OPERATING CLIENTS HERNIA WITH PHYSICAL
MOBILITY OBSTACLES IN IMPLEMENTING THE RANGE OF MOTION IN THE
PUBLIC HOSPITAL OF DR. FERDINAND LUMBAN TOBING, SIBOLGA CITY, 2020

ABSTRACT

Ricky Febrianto Hulu *. Yusniar, SKM, MKM. **. Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep.,
M.Kep. **.

NURSING CARE FOR HERNIA POST-OPERATION CLIENTS ACCOMPANIED
WITH PHYSICAL MOBILITY OBSTACLES HANDLED WITH RANGE OF
MOTION THERAPY IN PUBLIC HOSPITAL DR. FERDINAND LUMBAN
TOBING, SIBOLGA IN 2020.

(ix + 63Pages + 2 Tables + 4 Attachments)

Background: Hernia is a protrusion of the contents of a cavity in the weakest part of the musculoaponeurotic part of the abdominal wall. Hernias consist of parts of the ring, pouch and contents of the hernia. The World Health Organization states that in 2016 the prevalence of hernia patients is 350 per 1000 population. **Objective:** To find out the similarities, advantages, and disadvantages of the five research journals. **Method:** The research is a literature study. **Results:** The five journals discussed the effect of range of emotion therapy to accelerate post-hernia wound healing, having the same goal, which was to overcome the problem of physical mobility problems in post-hernia patient surgery, and to accelerate post-hernia wound healing. **Conclusion:** Through the results of the Systematic Review it can be concluded that exercise twice a day, morning and evening, 15-35 minutes, each movement is repeated 4 times, and given at least 4 weeks has been proven to have an effect on increasing muscle strength. The therapy is recommended because the technique is simple, does not require tools and materials, does not require special ability to apply it, and can be done by all postoperative Hernia patients who experience muscle weakness. **Suggestion:** Clients are expected to be able to maintain physical mobility to increase muscle strength and apply Range of Motion semi-independently.

Keywords: Nursing Care, Post Hernia Surgery, Physical Mobility Obstacles, Range Of Motion.

References: 38, 2013-2020

* Student

**Consultant

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas Kasih, Berkat dan Rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Study Literatur yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Hernia* Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan *Range Of Motion* Di Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2020”

Study Literatur ini di susun untuk menyelesaikan tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan di Prodi D-III Keperawatan Kabupaten Tapanuli Tengah Politeknik Kesehatan RI Medan. Penulis menyadari bahwa Study Literatur ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari isi maupun dari pembahasannya. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna menyempurnakan Study Literatur ini.

Penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dalam menyelesaikan Study Literatur ini, baik dalam bentuk moril maupun materil. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya, kepada yang terhormat:

1. Ibu Dra. Ida Nurhayati, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Medan.
2. Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes selaku ketua jurusan keperawatan poltekkes kemenkes Medan.
3. Ibu Rostianna Purba, S.Kep., M.Kes selaku Kepala Prodi D-III Keperawatan Kabupaten Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes RI Medan.
4. Ibu dr. Donna Pandiangan, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
5. Ibu Yusniar, SKM., MKM., selaku Pembimbing Utama sekaligus Penguji I yang telah sabar dan ikhlas memberikan bimbingan, petunjuk dan arahan kepada penulis sampai terwujudnya Study Literatur ini
6. Ibu Ns. Tiur Romatua Sitohang, S.Kep., M.Kep., selaku Pembimbing Pendamping sekaligus Penguji II yang telah banyak memberi masukan dan bimbingan sehingga Study Literatur ini dapat terselesaikan.
7. Bapak Minton Manalu, SKM., M.Kes., selaku Ketua Penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam menyelesaikan Study Literatur ini.
8. Seluruh Bapak/Ibu Dosen Pengajar dan Staf Pegawai di Prodi D-III Keperawatan Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah memberi motivasi dan ilmu pengetahuan selama penulis menjadi mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes RI Medan.

9. Teristimewa untuk Ayahanda Yanuwarman Hulu dan Ibunda Mesinia Hulu yang telah memberikan cinta dan kasih sayang kepada penulis serta doa dan dukungan baik moral dan materil sehingga dapat menyelesaikan Study Literatur ini.
10. Kepada rekan-rekan Mahasiswa-mahasiswi Prodi D-III Keperawatan Tapanuli Tengah Poltekkes Kemenkes RI Medan yang telah banyak dorongan dan motivasi serta dukungan kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan Study Literatur ini.
11. Seluruh pihak yang telah membantu penulis selama pendidikan dan penulisan Study Literatur ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis hanya dapat memohon doa kepada Tuhan Yang Maha Esa, semoga segala bantuan dan kebaikan yang telah di berikan kepada penulis mendapat imbalan yang setimpal dari-Nya. Harapan penulis semoga Study Literatur ini dapat bermanfaat bagi semua pembaca.

Pandan, Juli 2020

Penulis

Ricky Febrianto Hulu

NPM. 17-01-572

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan NANDA NIC NOC 2016.....	31
Tabel 4.1 Hasil Review Jurnal	50

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Tinjauan Teoritis Medis	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Etiologi	15
2.1.4 Manifestasi Klinis	16
2.1.5 Patofisiologi	18
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang	20
2.1.7 Penatalaksanaan	20
2.1.8 Komplikasi	24
2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan	25
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	31
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	32
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	33
2.3 Tinjauan Mobilitas Fisik	34
2.3.1 Definisi	34
2.3.2 Jenis Mobilitas Fisik	35
2.3.3 Tujuan Mobilitas Fisik	36
2.3.4 Faktor Mobilitas Fisik	36
2.3.5 Hambatan Mobilitas Fisik	37
2.3.6 Etiologi Hambatan Mobilitas Fisik	38
2.3.7 Manifestasi Hambatan Mobilitas Fisik	38
2.3.8 Penatalaksanaan Mobilitas Fisik	39
2.4 Tinjauan Range Of Motion	39
2.4.1 Definisi	39

2.4.2	Tujuan ROM	40
2.4.3	Manfaat ROM	41
2.4.4	Klasifikasi ROM	41
2.4.5	Prinsip Dasar ROM	42
2.4.6	Pengaruh ROM Terhadap Post Operasi Hernia	43
BAB 3 METODE PENELITIAN.....		45
3.1	Desain Penelitian.....	45
3.2	Batasan Istilah	46
3.3	Pengumpulan Data	47
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		49
4.1	Hasil Jurnal	50
4.2	Pembahasan	53
4.2.1	Persamaan	53
4.2.2	Kelebihan	54
4.2.3	Kekurangan dari jurnal penelitian.....	57
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....		60
5.1	Kesimpulan	60
5.2	Saran	61
5.2.1	Bagi Pasien.....	61
5.2.2	Bagi Keluarga	62
5.2.3	Bagi Pelayanan Kesehatan	62
5.2.4	Bagi Instansi Pendidikan.....	62
5.2.5	Bagi Penulis	63
5.2.6	Bagi Peneliti Selanjutnya	63

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

Jl. Jamin Ginting KM. 13,5 Kel. Law Cih Medan Tuntungan Kode Pos : 20136
 Telepon : 061-8368633 – Fax : 061-8368644
 Website : www.poltekkes-medan.ac.id , email : poltekkes_medan@yahoo.com



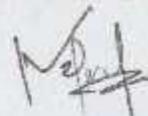
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ricky Febrianto Hulu
NIM : 17-01-571
Nama Pembimbing : Yusniar SKM,MKM
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernia Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan *Range Of Motion* Di Rumah Sakit Umum Dr. F.L.Tobing Kota Sibolga Tahun 2020

No	TANGGAL	REKOMENDASI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING UTAMA
1	09 Maret 2020	Pengajuan Judul	
2	10 Maret 2020	ACC Judul	
3	20 Maret 2020	Konsul Bab 1 Latar Belakang, Tujuan Penelitian	
4	26 maret 2020	Konsul Bab 1 Perbaikan Latar Belakang, Tujuan Penelitian	
5	06 April 2020	Konsul Bab 2 Konsep <i>Post Operasi Hernia</i> dan <i>Range Of Motion</i>	
6	14 April 2020	Konsul Bab 3 Metode Penelitian	

7	27 April 2020	ACC Bab1,2,3	M ₂
8	08 mei 2020	SEMINAR PROPOSAL	
9	15 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pemilihan jurnal yang sesuai	M ₂
10	16 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pemilihan jurnal yang sesuai	M ₂
11	18 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pembahasan Jurnal	M ₂
12	19 Mei 2020	Konsul Bab 4 Perbaikan Pembahasan Jurnal	M ₂
13	20 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pembahasan Kelebihan dan Kekurangan Jurnal	M ₂
14	23 Mei 2020	Konsul Bab 4 Perbaikan Kelebihan dan Kekurangan Jurnal	M ₂
14	28 Mei 2020	Konsul Bab 5 Kesimpulan	M ₂
15	22 Juni 2020	Acc Bab 4 dan Bab 5	M ₂
16	08 Juli 2020	SEMINAR HASIL	

Mengetahui,
PEMBINGBING UTAMA



Yusniar SKM, MKM
NIP : 1978109142006042009



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN

Jl. Jamin Ginting KM. 13,5 Kel. Lau Cih Medan Tuntungan Kode Pos : 20136
 Telepon : 061-8368633 - Fax : 061-8368644
 Website : www.poltekkes-medan.go.id, email : poltekkes_medan@yahw.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ricky Febrianto Hulu
 NIM : 17-01-571
 Nama Pembimbing : Ns. Tiur R. Sitohang, S.Kep., M.Kep
 Judul KTI : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Hernia Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Range Of Motion Di Rumah Sakit Umum Dr. F.L.Tobing Kota Sibolga Tahun 2020*

No	TANGGAL	REKOMENDASI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING PENDAMPING
1	09 Maret 2020	Pengajuan Judul	
2	10 Maret 2020	ACC Judul	
3	20 Maret 2020	Konsul Bab 1 Latar Belakang, Tujuan Penelitian	
4	26 maret 2020	Konsul Bab 1 Perbaikan Latar Belakang, Tujuan Penelitian	
5	06 April 2020	Konsul Bab 2 Konsep <i>Post Operasi Hernia</i> dan <i>Range Of Motion</i>	
6	14 April 2020	Konsul Bab 3 Metode Penelitian	

7	27 April 2020	ACC Bab1,2,3	
8	08 mei 2020	SEMINAR PROPOSAL	
9	15 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pemilihan jurnal yang sesuai	
10	16 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pemilihan jurnal yang sesuai	
11	18 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pembahasan Jurnal	
12	19 Mei 2020	Konsul Bab 4 Perbaikan Pembahasan Jurnal	
13	20 Mei 2020	Konsul Bab 4 Pembahasan Kelebihan dan Kekurangan Jurnal	
14	23 Mei 2020	Konsul Bab 4 Perbaikan Kelebihan dan Kekurangan Jurnal	
14	28 Mei 2020	Konsul Bab 5 Kesimpulan	
15	02 Juni 2020	Acc Bab 4 dan Bab 5	
16	04 Juli 2020	SEMINAR HASIL	

Mengetahui,
PEMBINGBING PENDAMPING



Ns. Tiur R. Sitobang, S.Kep., M.Kep
NIP : 19830913 200903 3003

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga bagian terlemah dari bagian muskuloaponeurotik dinding perut, hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Semua kasus hernia terjadi melalui celah lemah atau kelemahan yang potensial pada dinding abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen yang berulang atau berkelanjutan (Fadjriansyah et al, 2019). Secara umum hernia sering terjadi pada orang yang sudah lanjut usia, karena pada usia lanjut dinding otot polos abdomen sudah lemah, sehingga sangat berpeluang terjadinya hernia. Penyakit hernia disebabkan karena mengkonsumsi makanan kurang serat, yang menyebabkan konstipasi sehingga mendorong mengejan saat defekasi dan mengangkat beban berat (Ria, 2016).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization*, pada tahun 2016 prevalensi pasien Hernia adalah 350 per 1000 populasi penduduk. Penyebaran Hernia paling banyak berada di negara berkembang seperti negara-negara di Afrika dan Asia Tenggara termasuk Indonesia, dan pada tahun 2017 terdapat sekitar 50 juta kasus degenerative salah satunya adalah Hernia, dengan insiden di Negara maju sebanyak 17% dari 1000 populasi penduduk, sedangkan beberapa negara di Asia menderita penyakit Hernia berkisar 59% (WHO, 2017).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Daerah pada tahun 2017 di Indonesia Hernia merupakan penyakit urutan kedua setelah batu saluran kemih sebanyak 2.245 kasus Hernia. Proporsi Hernia di Indonesia didominasi oleh pekerja berat sebesar 70,9% (7.347), terbanyak terdapat di Banten 76,2% (5.065) dan yang

terendah di Papua yaitu 59,4% (2.563). Di Indonesia angka infeksi untuk luka bedah mencapai 2,30% sampai dengan 8,30% (Risikesdas, 2018).

Berdasarkan data dari profil Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, diperoleh pada tahun 2011 di jumlah pasien Hernia 410 kasus, yang dioperasi Hernia tercatat 269 kasus. Tahun 2012 jumlah penderita Hernia 270 kasus, yang dioperasi tercatat 240. Tahun 2013 di Sumatera Utara pasien yang Hernia tercatat 370, yang dioperasi 244 kasus. Tahun 2015 jumlah penderita Hernia di Medan tercatat 142 orang mengalami peningkatan pada tahun 2016 menjadi 160 (1,82%) (Dinkes Sumut, 2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Azwar Anas Siahaan tahun 2019 di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga di dapatkan data prevalensi penyakit hernia pada tahun 2016 sebanyak 27 orang, pada tahun 2017 sebanyak 31 orang, pada tahun 2018 sebanyak 70 orang dan pada tahun 2019 pada bulan Januari – Juli sebanyak 16 orang (Azwar, 2019).

Hernia memiliki faktor- faktor yang dapat memperberat bagi pasien antara lain yaitu peningkatan intra-abdomen (batuk kronis, konstipasi, asites, angkat beban berat dan keganasan abdomen) dan kelemahan otot dinding perut (usia tua, kehamilan, prematuritas, pembedahan insisi, overweight dan obesitas). Jika sudah terjadi faktor- factor di atas, maka akan terjadi gangguan mobilitas fisik pada penderitanya (Gokce, 2016).

Hernia dapat mengakibatkan berbagai komplikasi yang parah dan mengganggu kesehatan bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi lubangnya usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, atau peritonitis, perlekatan, hernia

irreponibel, terjadinya jepitan menyebabkan iskemia, infeksi yang dapat menimbulkan nekrosis, obstipasi. Sebanyak 20% sampai 35% yang mengalami komplikasi akibat hernia, diantaranya abses lokal sebanyak 7%, peritonitis 12%, hernia irreponibel 8%, nekrosis 9% dari jumlah kejadian hernia (Rihantoro, 2017).

Tindakan yang biasanya dilakukan dalam penatalaksanaan hernia yaitu dengan penggunaan sabuk hernia atau pembedahan yaitu *herniotomy* dan *herniorraphy* (Nuari, 2015). Dampak kesehatan yang ditimbulkan pada klien yang di lakukan *herniotomy* maupun *herniorafi* diantaranya nyeri, gangguan mobilisasi, intoleransi aktivitas, dan resiko terjadinya infeksi, penurunan peristaltic usus, penurunan diuresis, dan nyeri sekitar luka post operasi yaitu sekitar perut (Sumaryati dkk, 2018).

Salah satu masalah keperawatan yang sering terjadi pada klien post operasi hernia adalah hambatan mobilitas fisik yang mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik. Dampak mobilisasi yang tidak di lakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi organ tubuh, gangguan fungsi otot rangka, aliran darah tersumbat sehingga berdampak pada lemahnya proses penyembuhan luka, dan peningkatan intervensi nyeri. Lemahnya penyembuhan luka diakibatkan karena infeksi post operasi, terdapat sebanyak 38,5 % persentase infeksi akibat post operasi hernia di Indonesia (Purwaningsih, 2018).

Rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien post operasi hernia yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah latihan rentang gerak atau yang sering disebut Range Of Motion (ROM) merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk

menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagaian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari, kaki atau pada bagian ektermitas yang mengalami hemiparesis sangat bermanfaat untuk menghindari ada nya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi (Uliyah dan Hidayat, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nuruzzaman di Ruang Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil, masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien Post Operasi Hernia dilakukan intervensi seperti memantau tingkat ketergantungan pasien, mengobservasi tingkat kemampuan otot pasien, menganjurkan pasien untuk melakukan mobilitas fisik yang sesuai dengan kemampuan (minimal miring kanan dan miring kiri), memberikan dorongan kepada pasien untuk melakukan aktivitas dalam lingkup keterbatasan dan memberi bantuan sesuai kebutuhan, melakukan ROM exercise sesuai kemampuan (Nuruzzaman, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wardi Rajaguk-guk di Ruang Rindu B Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan pada tahun 2019, mengatakan bahwa mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca operasi seperti melakukan tindakan *Range Of Motion* untuk menghindari hambatan mobilitas. Banyak keuntungan yang bisa diraih dari latihan di tempat tidur dan berjalan pada priode dini pasca operasi. Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi trambosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Jadi

mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan latihan *Range Of Motion* adalah hal yang paling dianjurkan (Wardi, 2019).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suryanti di Ruang Safa Rumah Sakit Kota Bengkulu dengan hasil penelitian menunjukkan pengaruh sebelum dilakukan *Range Of Motion* pada pasien *Post Operasi Hernia* sebagian besar kurang (53.1%), pengaruh setelah dilakukan *Range Of Motion* sebagian besar mobilitas membaik (68.8%). Penelitian tersebut membuktikan adanya pengaruh yang signifikan dari latihan *Range Of Motion* terhadap peningkatan kekuatan otot dalam melakukan aktivitas sehari-hari setelah *Post Operasi Hernia* (Suryanti, 2017).

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus *Post Operasi Hernia* sebagai studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Hernia* Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan *Range Of Motion* Di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis dapat membuat perumusan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Hernia* Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan *Range Of Motion* Di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020”

1.3 Tujuan Penelitian

- 1) Untuk mengetahui persamaan kelima review jurnal penelitian
- 2) Untuk mengetahui kelebihan kelima review jurnal penelitian
- 3) Untuk mengetahui kekurangan kelima review jurnal penelitian

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat berguna untuk mengembangkan dan menambah pengetahuan yang ada tentang *Post Operasi Hernia* sehingga dapat menurunkan angka kematian pada penyakit *Post Operasi Hernia*.

1.4.2 Manfaat Praktis

a) Klien

Penelitian ini dapat memberikan inovasi tindakan kemandirian keperawatan terhadap pasien, yang berguna untuk meningkatkan pelayanan yang maksimal.

b) Perawat

Penelitian ini dapat digunakan dalam pengkajian sampai evaluasi keperawatan dengan teliti yang mengacu pada fokus permasalahan yang tepat sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada klien post operasi hernia.

c) Rumah sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien dengan post operasi hernia sehingga bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada penderita post operasi hernia yang mempunyai masalah utama hambatan mobilitas fisik setelah operasi.

d) Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai wacana dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama kajian pada klien dengan post operasi hernia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis Medis

2.1.1 Definisi

Hernia berasal dari bahasa latin, *herniae* adalah penonjolan isi suatu dinding rongga. Dinding rongga yang lemah itu membentuk kantong dengan pintu berupa cincin. Hernia bisa juga disebut dengan nama Burut, yaitu lubang atau robekan pada otot yang menutupi rongga perut di bawah lapisan kulit. Lubang ini memungkinkan belitan usus menonjol keluar dan membentuk benjolan di bawah kulit (Masriadi, 2016).

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 (Nuruzzaman, 2019).

Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluaranya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup (Zahro, 2019).

Hernia adalah penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia dapatan atau akuisita. Berdasarkan letaknya, hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinal, umbilikalis, fermonalis (Dwi, 2018).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Nuruzzaman (2019), klasifikasi hernia dibagi atas 3 yaitu berdasarkan letak berdasarkan sifat dan keadaannya, dan berdasarkan golongan adalah sebagai berikut :

1) Berdasarkan Letak

(a) Hernia eksterna

Hernia yang tonjolannya tampak dari luar yaitu hernia inguinalis lateralis (indireek), hernia inguinalis medialis (direk), hernia femolaris, hernia umbilikalis, hernia supra umbilikalis dan hernia sikatrikalis.

(b) Hernia interna

Hernia yang tonjolannya tidak tampak dari luar yaitu hernia obturatorika, hernia diafragmatika, hernia foramen winslowi dan hernia ligament treitz. Bagian – Bagian Hernia interna yaitu :

(1) Kantong hernia

Pada hernia abdominalis berupa peritoneum parietalis. Tidak semua hernia memiliki kantong, misalnya hernia incisional, hernia adiposa, hernia interstitialis.

(2) Isi hernia

Berupa organ atau jaringan yang keluar melalui kantong hernia, misalnya usus, ovarium, dan jaringan penyangga usus (omentum)

(3) Pintu hernia

Merupakan bagian locus minoris resistance yang melalui kantong hernia.

(4) Leher hernia

Bagian tersempit kantong hernia yang sesuai dengan kantong hernia.

(5) Locus minoris resistance (LMR)

2) Berdasarkan Sifat dan Keadaannya

a) Hernia reponibel

Bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mengedan dan masuk lagi bila berbaring atau di dorong masuk perut. Selama hernia masih reponibel, tidak ada keluhan nyeri atau obstruksi usus.

b) Hernia ireponibel

Bila isi kantong tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia

c) Hernia inkarserata atau strangulata

Bila isinya terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut. Akibatnya, terjadi gangguan vaskularisasi. Hernia inkarserata lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel yang di sertai gangguan pasase, sedangkan hernia strangulata digunakan untuk menyebut hernia ireponibel yang disertai gangguan vaskularisasi. Reaksi usus perlu segera dilakukan untuk menghilangkan bagian yang mungkin nekrosis.

d) Hernia Richter

Bila *strangulasi* hanya menjepit sebagian dinding usus, Hernia yang pertama kali ditemukan pertama kali oleh Richter (1778) ini jarang ditemukan, kebanyakan ditemukan pada Hernia femoralis atau *obturatoria*. Biasanya sebagian dinding usus *antemesenterial* mengalami *inkaserasi* karena pintu Hernia kecil dengan tepi keras dan tajam. Ileus *obstruksi* mungkin parsial atau total, sedangkan benjolan Hernia tidak ditemukan dan baru terdiagnosa pada waktu laparatomi.

e) Hernia Interparietalis

Hernia Interparietalis yang kantongnya menjorok ke dalam celah antara lapisan dinding perut.

f) Hernia Insipiens

Hernia Insipiens yang membalut merupakan hernia indirect pada kanalis inguinalis yang ujungnya tidak keluar dari anulus eksternus.

g) Hernia Sliding

Kondisi *spingter kardia* membesar, yang memungkinkan satu bagian lambung melewati rongga torak. Pada Hernia *sliding* lambung atas dan pertemuan *gastroesofagus* berubah tempat kedalam torak. *Refluk* tampak disebabkan oleh pemajanan *Sfingter Esophagus Bawah* (SEB) pada tekanan rendah di toraks. Masalah utama berkenaan dengan Hernia sliding adalah terjadinya *refluk*. Pada Hernia sliding, SEB tetap dibawah diafragma sehingga *refluks* tidak menjadi masalah.

3) Berdasarkan Regionya

a) Hernia inguinalis

Kondisi dimana penonjolan organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Materi yang masuk lebih sering yaitu usus halus, tetapi bisa juga merupakan suatu jaringan lemak atau omentum. Predisposisi terjadinya hernia inguinalis adalah terdapat defek atau kelainan berupa sebagian dinding rongga melemah. Penyebab pasti hernia inguinalis terletak pada lemahnya dinding akibat perubahan struktur dari dinding rongga (usia lanjut), peningkatan tekanan intra abdomen (kegemukan, batuk yang kuat dan kronis, mengejan akibat sembelit, dan lain sebagainya)

b) Hernia femoralis

Hernia *femoralis* pada lipat paha merupakan penonjolan kantong di bawah ligamentum inguinal di antara *ligamentum lakunare* di medial dan *vena femoralis dilateral*. Hernia ini sering ditemukan pada wanita dibanding laki – laki dengan perbandingan 2:1 dan pada umumnya mengenai remaja dan sangat jarang pada anak – anak. Pintu masuk dari Hernia *inguinalis* adalah *anulus femoralis*, selanjutnya isi Hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan *vena femoralis* sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar dari *fosa ovalis* di lipat paha.

c) Hernia umbilikus

Hernia *umbilicalis* umum pada bayi dan menutup secara spontan tanpa terapi khusus jika defek aponeurosis berukuran 1,5 cm atau kurang. Perbaikan diindikasikan pada bayi dengan defek Hernia yang diameternya lebih besar dari 2,0 cm dan dalam semua anak dengan Hernia *umbilicalis* yang masih ada pada usia 3-4 tahun. Perbaikan klasik untuk Hernia *umbilicalis* adalah *hernioplasti Mayo*. Operasi terdiri dari *imbrikasi vest-over-pants* dari *segmen aponeurosis superior* dan *inferior*. Hernia *umbilicalis* lebih besar, lebih suka ditangani dengan protesis.

d) Hernia Paraumbilikus

Hernia Paraumbilikus merupakan hernia melalui suatu celah di garis tengah di tepi kranial umbilikus, jarang terjadi di tepi kaudalnya. Penutupan secara spontan jarang terjadi sehingga umumnya diperlukan tindakan operasi untuk dikoreksi.

e) Hernia Hiatal

Hernia *hiatal* adalah esophagus masuk abdomen melalui lubang diafragma, dan mengosongkan diri pada ujung bawah keadaan bagian atas lambung. Normalnya, lubang dalam diafragma mengelilingi *esofagus* dengan kencang, dan lambung berada separuhnya dalam abdomen. Pada kondisi yang disebut Hernia hiatal lubang diafragma yang melewati esofagus menjadi membesar dan bagian atas lambung cenderung untuk menggerakkan ke atas bagian bawah torak. Hernia *hiatal* lebih sering terjadi pada wanita daripada pria. *Regurgitasi* dan

disfungsi motorik menyebabkan manifestasi *mayor* Hernia *hiatal*. Komplikasi Hernia *hiatal* meliputi *obstruksi*, *strangulasi*, dan terjadinya *volvulus*.

f) Hernia Epigastrika

Hernia Epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan prosessus xifoideus.

g) Hernia lumbalis

Hernia Lumbalis Di daerah lumbal antara iga XII dan krista iliaka, ada dua trigonum masing-masing trigonum kostolumbalis superior (ruang Grijinfelt/lesshaft) berbentuk segitiga terbalik dan trigonum kostolumbalis inferior atau trigonum iliolumbalis berbentuk segitiga.

h) Hernia Littre

Hernia Littre yang sangat jarang dijumpai ini merupakan hernia berisi divertikulum Meckle. Sampai dikenalnya divertikulum Meckle, hernia littre dianggap sebagai hernia sebagian dinding usus.

i) Hernia Spiegheli

Hernia Spiegheli adalah hernia vebtralis dapatan yang menonjol di linea semilunaris dengan atau tanpa isinya melalui fasia spieghel.

j) Hernia Perinealis

Hernia Perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fasia, lewat defek dasar panggul yang dapat terjadi secara primer pada perempuan multipara atau sekunder pascaoperasi pada perineum, seperti prostatektomi, reseksi rektum secara abdominoperineal, dan eksenterasi pelvis. Hernia keluar melalui

dasar panggul yang terdiri atas otot levator anus dan otot sakrokoksigeus beserta fasianya dan dapat terjadi pada semua daerah dasar panggul.

k) Hernia Ventralis

Hernia Ventralis adalah nama umum untuk semua hernia di dinding perut bagian anterolateral; nama lainnya adalah hernia insisional dan hernia sikatriks.

l) Hernia strotalis

Hernia *skrotalis* adalah Hernia yang melalui cincin *inguinalis* dan turun ke *kanalis* pada sisi *funikulus spermatikus* pada bagian anterior dan lateral, yang dapat mencapai skrotum, Hernia ini disebut juga Hernia *inguinalis indirect* yang isinya masuk kedalam skrotum secara lengkap. Hernia ini harus cermat dibedakan dengan hidrokel atau elevantiasis skrotum. Hernia *inguinalis lateralis inkarserata* merupakan hernia yang sering atau paling banyak didapat terutama pada laki-laki, dengan bentuknya bulat lonjong. Disebut inkarserata karena hernia yang isi kantongnya tidak dapat kembali kedalam rongga perut disertai gangguan vaskularisasi.

2.1.3 Etiologi

Menurut Zahro (2019), 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 factor 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) Kegemukan

(b) Angkat berat, karena dapat meningkatkan tekanan intra abdomen.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada umumnya keluhan orang dewasa berupa benjolan di inguinalis yang timbul pada waktu mengedan, batuk atau mengangkat beban berat dan menghilang pada waktu istirahat berbaring. Pada inspeksi perhatikan keadaan simetris pada kedua inguinalis, skrotum, atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan simetris dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya, dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk, kadang cincin hernia dapat diraba berupa annulus inguinalis yang melebar (Subarjo, 2017). Tanda dan gejala menurut Adi dan Wulandari (2017) antara lain :

- 1) Tampak benjolan dilipatan paha
- 2) Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai perasaan mual.
- 3) Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas
- 4) Hernia femolaris kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah), benjolan dibawah sela paha.
- 5) Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.

Sedangkan menurut Kusuma dan Nurarif (2015), manifestasi klinis hernia adalah sebagai berikut :

- 1) Berupa benjolan keluar masuk atau keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
- 2) Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- 3) Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
- 4) Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- 5) Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- 6) Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.

- 7) Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

Menurut Nuari (2015) pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha. Benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan, mengangkat beban berat atau dalam posisi berdiri dapat timbul kembali, bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri. Keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan *asimetri* pada kedua sisi lipat paha, *skrotum* atau pada *labia* dalam posisi berdiri dan berbaring pasien diminta mengejan dan menutup mulut dalam keadaan berdiri palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan Hernia. Diraba konsistensinya dan coba didorong apakah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak, kadang cincin Hernia dapat diraba berupa *anulus inguinalis* yang melebar.

2.1.5 Patofisiologi

Penyebab terjadinya hernia karena adanya kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen, kegemukan, dan mengangkat beban yang terlalu berat sehingga terjadi peningkatan tekanan intra abdomen. Tekanan intraabdominal meningkat yang menyebabkan isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali dan terjadilah penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarserata dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada

keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses local, peritonitis (Zahro, 2019).

Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada hernia maka dilakukan pembedahan. Prosedur bedah akan mengakibatkan hilang cairan, hal ini karena kehilangan darah dan kehilangan cairan yang tidak terasa melalui paru-paru dan kulit. Insisi bedah mengakibatkan pertahanan primer tubuh tidak adekuat (kulit rusak, trauma jaringan, penurunan kerja *silia*, *staris* cairan tubuh). Luka bedah sendiri juga merupakan jalan masuk bagi organisme patogen sehingga sewaktu-waktu dapat terjadi infeksi, Rasa nyeri timbul pada semua jenis operasi, karena terjadi *torehan*, tarikan, manipulasi jaringan dan organ. Dapat juga terjadi karena kompresi/stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena ischemi jaringan akibat gangguan suplai darah ke salah satu bagian, seperti karena tekanan, spasme otot atau *hematoma*. Sehingga terjadi masalah nyeri akut dan resiko infeksi (Adi & Wulandari, 2017).

Prosedur bedah akan mengakibatkan terjadinya luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan kerusakan integritas kulit yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mengurangi pergerakan dan resiko infeksi. Setelah dilakukan pembedahan klien akan mengalami kerusakan spasme otot akibat terputusnya jaringan saraf dan dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak serta menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga timbullah masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Nuari, 2015).

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Dwi (2018) 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

Menurut Amin dan Kusurna (2015) penatalaksanaan yang diberikan pada Hernia adalah sebagai berikut :

1) *Konservatif*

Terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia inguinalis. Reposisi tidak dilakukan pada hernia strangulate, kecuali pada pasien anak-anak. Reposisi dilakukan secara bimanual, tangan kiri memegang isi hernia membentuk cocor sedangkan tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan tekanan lambat tapi menetap sampai terjadi reposisi. Dilakukan dengan menidurkan pasien dengan pemberian sodatif dan kompres es diatas hernia. Bila reposisi ini berhasil pasien disiapkan untuk oprasi besok harinya. Jika reposisi hernia tidak berhasil, dalam waktu enam jam harus dilakukan oprasi segera.. Adapun tindakannya terdiri atas:

(a) Reposisi

Tindakan memasukkan kembali isi hernia ketempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini di hanya dapat di lakukan pada hernia repobilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi. Tindakan ini terkadang dilakukan pada hernia irreobilis apabila pasien takut oprasi, yaitu dengan cara : bagian hernia di kompres dingin, penderita di beri penenang valium 10 mg agar tidur, pasien di posisikan trandelenbrerg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

(b) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan *sklerotik* berupa alkohol atau *kinin* di daerah sekitar Hernia, yang menyebabkan pintu Hernia mengalami *sklerosis* atau penyempitan sehingga isi Hernia keluar dari *kavum peritoneum*.

(c) Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang Hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

2) Operasi

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada Hernia *reponibilis*, Hernia *irreponibilis*, Hernia *strangulasi* dan Hernia *inkarserata*. Operasi Hernia ada 3 macam:

(a) *Herniotomy*

Mernbuka dan mernotong kantong Hernia serta mengembalikan isi Hernia ke *kavum abdominalis*.

(b) *Hemioraphy*

Mulai dari mengangkat leher Hernia dan menggantungkannya pada *conjoint tendon* (penebalan antara tepi bebas *musculus obliquus Intra abdominalis* dan *musculus tranversus abdominal* yang beresiko di *tuberculum pubicum*).

(c) *Hernioplasty*

Menjahitkan *conjoint tendon* pada *ligementum inguinale* agar LMR hilang/tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. *Hemioplasty* pada Hernia *inguinalis lateralis* ada bermacam-macam

menurut kebutuhannya (*Ferguson, Bassini, halst, hernioplasty*, pada *Hernia inguinalis media* dan *Hernia femoralis* dikerjakan dengan cara *Mc.Vay*).

3) Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi dimulai dengan pemberian *antacid* (*Mylanta, Maalox, Gaviscon*). Bila manifestasi berat dan menetap, klien diberikan *antagonis reseptor histamine* seperti ranitidine (*Zantac*) atau famotidin (*Pepcid*). Obat-obatan lain, Bethanchol (*Urecholine*) adalah obat koligernik yang meningkatkan sekresi asam lambung (harus diberikan sebelum makan). Metoklopramid (*raglan*) yang meningkatkan tekanan *SEB* dengan merangsang otot polos saluran gastrointestinal dan meningkatkan kecepatan pengosongan lambung.

4) Penanganan *Post* operasi

- (a) *Post* operasi perlu dilakukan *drainase* untuk mencegah terjadinya *hematoma*.
- (b) Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar dinding abdomen tidak tegang.
- (c) Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis serta mengejan.
- (d) Dalam waktu 1 bulan jangan mengangkut barang yang berat.
- (e) Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen.
- (f) Lakukan pergerakan ROM
- (g) Setelah dilakukannya tindakan pembedahan maka dilakukan perawatan luka dan penderita makan dengan diit tinggi kalori dan protein

2.1.8 Komplikasi

Menurut Zahro (2019), 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%)

Sedangkan menurut Nuari (2015) komplikasi yang sering terjadi pada Hernia, adalah sebagai berikut :

- 1) Terjadi perlengketan antara isi Hernia dengan dinding kantong Hernia sehingga isi Hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Keadaan ini disebut Hernia *inguinalis irreponibilis*. Pada keadaan ini belum ada gangguan penyaluran isi usus. Isi Hernia yang tersering menyebabkan keadaan *irreponibilis* adalah *omentum*, karena mudah melekat pada dinding Hernia dan isinya dapat menjadi besar karena inflamasi lemak. Usus besar lebih sering menyebabkan *irreponibilis* daripada usus halus.
- 2) Terjadi penekanan terhadap cincin Hernia akibat makin banyaknya usus yang masuk. Keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus diikuti dengan gangguan vaskuler (proses *strangulasi*). Keadaan ini disebut Hernia *inguinalis strangulata*. Pada keadaan *strangulata* akan timbul gejala ileus, yaitu perut kembung, muntah dan *obstipasi*. Pada

strangulasi nyeri yang timbul lebih hebat dan *kontinyu*, daerah benjolan menjadi merah dan pasien menjadi gelisah.

2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Masriadi (2016), 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 PQRST.

(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.

3) 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.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

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

5) Pola Fungsi Kesehatan

(a) Pola nutrisi dan cairan

Klien yang mengalami hernia biasanya mempunyai kebiasaan mual, muntah, anoreksia, obesitas merupakan salah satu predisposisi hernia.

(b) Pola aktivitas

Pembatasan aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intra abdomen seperti bersin, mengangkat beban berat, batuk, mengejan.

6) Pemeriksaan Fisik

(a) Keadaan umum : yang sering muncul adalah kelemahan fisik

(b) Tingkat kesadaran : tingkat kesadaran pada penderita hernia inguinal lateralis biasanya composmentis

(c) Tanda-tanda vital : biasanya penderita hernia ini tanda-tanda vital dalam batas normal

(d) Kepala

Rambut : termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut.

Kulit kepala : termasuk benjolan atau lesi.

Wajah : pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri

(e) Mata

Mata tampak cekung (kekurangan cairan), sclera ikterik, konjungtiva merah muda.

Pupil : miosis, midrosis, atau anisokor

(f) Telinga

Daun telinga masih simetris kanan dan kiri.

Gendang telinga tidak tertutup.

Serumen berwarna putih keabuan dan masih dapat bervibrasi dengan baik apabila tidak mengalami infeksi sekunder.

Pengkajian terhadap pendengaran terhadap bisikan maupun tes garputala dapat mengalami penurunan.

(g) Hidung

Tidak terjadi pembesaran polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza

(h) Mulut dan faring

Bibir : sianosis, pucat (biasanya penderita hernia mengalami mual muntah karena adanya tekanan intra abdomen).

Mukosa oral : lembab atau kering. Langit- langit mulut : terdapat bercak keputihan karena pasien mengalami penurunan kemampuan personal hygiene akibat kelemahan fisik.

(i) Thoraks dan Paru

Frekuensi pernafasan yang terjadi pada penderita hernia biasanya dalam batas normal (16-20 kali permenit). Dengarkan pernafasan pasien apabila terdengar stridor pada obstruksi jalan nafas, mengi apabila penderita sekaligus mempunyai riwayat asma atau bronchitis kronik

(j) Dada

Inspeksi : dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retruksi inspirasi abdomen.

Palpasi : adanya nyeri tekan atau tidak.

Perkusi : dalam batas normal, pekak terjadi apabila cairan atau jaringan padat menggantikan bagian paru yang normalnya terisi udara (terjadi apabila penyakit lain seperti : efusi pleura, tumor atau pasca penyembuhan TBC).

Auskultasi : bunyi nafas vasikular, bronco vasikular (dalam keadaan normal)

(k) Abdomen

Pemeriksaan fisik pada hernia inguinal lateralis fokus pada pemeriksaan abdomen. Yang di dapatkan :

Inspeksi : Terlihat benjolan di region inguinalis yang berjalan dari lateral ke medial, tonjolan berbentuk lonjong.

Palpasi : Kantong hernia yang kosong kadang dapat diraba pada fenikulus spermatikus sebagai gesekan dua permukaan sutera, tanda ini disebut sarung tanda sarung tangan sutera. Kantong hernia yang berisi mungkin teraba usus, omentum (seperti karet), atau ovarium. Dalam hal ini hernia dapat direposisi pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien mulai mengejan kalau hernia menyentuh ibu jari berarti hernia inguinalis lateralis.

Perkusi : Bila didapatkan perkusi perut kembung maka harus dipikirkan kemungkinan hernia, hipertimpani, terdengar pekak.

Auskultasi : Hiperperistaltis di dapatkan pada auskultasi abdomen pada hernia yang mengalami obstruksi usus.

(l) Integumen

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, kemerahan (luka pembedahan pada abdomen)

(m) Genitalia

Inspeksi mengenai warna, kebersihan, benjolan seperti lesi, massa dan tumor

(n) Ekstermitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktiitas karena adanya nyeri ang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

Kekuatan otot :

- 0 : lumpuh
- 1 : ada kontraksi
- 2 : melawan gravitasi dengan sokongan
- 3 : melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan
- 4 : melawan gravitasi dengan tahanan sedikit
- 5 : melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2017), yaitu :

- 1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, nyeri, kecemasan, penurunan kendali otot dan penurunan massa otot ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, dan nyeri saat bergerak, gerakan terbatas.
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan luka insisi dan distensi abdominal, ditandai dengan adanya rasa nyeri, perilaku yang sangat hati-hati, melindungi bagian tertentu, memusatkan diri, mempersempit fokus,

perilaku *distraksi* (tegang, mengerang, menangis, mondar-mandir, gelisah), raut wajah kesakitan (mata kuyu, terlihat lelah, gerakan kaku, meringis), perubahan tonus otot, respons autonom (*diaforesis*), perubahan tekanan darah dan nadi, dilatasi pupil, penurunan atau peningkatan frekuensi nafas.

- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan inkontinuitas jaringan sekunder terhadap tindakan invasive (insisi bedah) ditandai dengan adanya tanda-tanda infeksi.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan NANDA, NIC NOC 2016

o	Diagnosa Keperawatan	NOC (<i>Nursing Outcome Classification</i>)	NIC (<i>Nursing Intervention Classification</i>)
	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, nyeri, kecemasan, penurunan kendali otot dan penurunan massa otot ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, dan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien tidak ada hambatan dengan kriteria hasil : 1. Pasien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah	1. Monitoring vital signs sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Kaji kemampuan motorik 3. Lakukan latihan ROM pasif atau ROM dengan bantuan, sesuai indikasi. 4. Dukung pasien untuk melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan 5. Bila pasien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh a. Gunakan papan kaki jika

	nyeri saat bergerak, gerakan terbatas.		<p>diperlukan</p> <p>b. Ubah posisi sendi tiap 2-4 jam</p> <p>c. Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah</p> <p>6. Observasi daerah yang tertekan, termasuk warna, oedema atau tanda lain gangguan sirkulasi</p> <p>7. Inspeksi kulit, terutama pada daerah yang tertekan</p> <p>8. Lakukan massage pada daerah yang tertekan</p> <p>9. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik dalam mengembangkan dan menerapkan sebuah program latihan</p> <p>10. Kolaborasi stimulai elektrik</p> <p>11. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus</p>
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

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, 2016).

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti yaitu berfokus pada masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dengan melakukan terapi *Range Of Motion*. Saat melakukan *Range Of Motion* tindakan lain yang akan dilakukan memonitoring vital signs sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, mengkaji kemampuan motorik.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2016), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu sebagai berikut :

- 1) Evaluasi formatif : Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan mobilitas fisik sebelum dan sesudah dilakukan tindakan *Range Of Motion*.
- 2) Evaluasi somatif : Merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (subjektif, objektif, *assessment*, perencanaan). Pada evaluasi somatif ini penulis menilai tujuan akhir dari penerapan tindakan *Range Of Motion* yang penulis lakukan yaitu ada atau tidaknya perubahan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan *Range Of Motion* tersebut.

Teknik Pelaksanaan SOAP :

- 1) S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.

- 2) O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- 3) A (Analisis) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
- 4) P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Pada tahap ini penulis melakukan penilaian secara subjektif melalui ungkapan klien dan secara objektif. Evaluasi yang dilakukan sesuai dengan kriteria hasil.

- 1) Pasien meningkat dalam aktivitas fisik
- 2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- 3) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

2.3 Tinjauan Teoritis Mobilitas Fisik

2.3.1 Definisi

Mobilisasi Fisik merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktifitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Wardi, 2019)

Mobilisasi dini adalah suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari

defenisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis dan mencegah terjadinya komplikasi (Ria Wahyu, 2016).

2.3.2 Jenis Mobilitas Fisik

Jenis mobilitas fisik menurut Ria Wahyu (2016), ada dua macam yaitu:

1) Mobilitas Fisik Penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris volunteer dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2) Mobilisasi Fisik Sebagian

Mobilisasi fisik sebagian merupakan kemampuan untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh saraf motoris dan sensoris pada daera tubuhnya.

Mobilisasi fisik sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu :

(a) Mobilisasi Fisik Sebagian Temporer

Mobilisasi fisik sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada system musculoskeletal, contohnya :dislokasi sendi dan tulang.

(b) Mobilisasi Fisik Sebagian Permanen

Mobilisasi fisik sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya system saraf reversible, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya system saraf motoric dan sensorik.

2.3.3 Tujuan Mobilitas Fisik

Tujuan mobilitas fisik menurut Wardi (2019), tujuan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

- 1) Mempertahankan fungsih tubuh
- 2) Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- 4) Mempertahankan tonus otot.
- 5) Mempertahan eliminasi elvi dan urine
- 6) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal da atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

2.3.4 Faktor Mobilitas Fisik

Menurut Ambarawati (2014), mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

1) Gaya Hidup

Hal ini terjadi karena adanya perubahan gaya hidup terutama orang muda perkotaan modern, seperti mengonsumsi makanan siap saji (*Fast Food*) yang mengandung kadar lemak tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stress.

2) Proses Penyakit/Cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh.

3) Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

4) Tingkat Energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

2.3.5 Hambatan Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017).

Hambatan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan

(aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Heriana, 2014).

2.3.6 Etiologi Hambatan Mobilitas Fisik

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) etiologi dari hambatan mobilitas fisik, yaitu: Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, usia, efek agen farmakologis, dan nyeri.

2.3.7 Manifestasi Hambatan Mobilitas Fisik

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik terbagi menjadi 2, yaitu:

1) Tanda dan gejala *mayor*

(a) Subyektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

(b) Objektif : Kekuatan otot menurun dan Rentang gerak (ROM) menurun.

2) Tanda dan gejala *minor*

(a) Subyektif : Nyeri saat bergerak, tidak melakukan pergerakan dan merasa cemas saat bergerak.

(b) Obyektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

2.3.8 Penatalaksanaan Mobilitas Fisik

Menurut Saputra (2013), penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

- 1) Pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan klien
- 2) Latihan ROM Pasif dan Aktif
- 3) Melakukan mobilisasi dini kepada klien post operasi

2.4 Tinjauan Teoritis Range Of Motion

2.4.1 Definisi

Range Of Motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa dan tonus otot sehingga dapat mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan *kontraktur* (Nurhidayat *et al*, 2014).

Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal yang dapat dilakukan oleh sendi bersangkutan. ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu ROM aktif (gerakan yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan energi sendiri, kekuatan otot 75%), dan ROM pasif (energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik, kekuatan otot 50%). Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total (Maghfiroh, 2018).

2.4.2 Tujuan *Range Of Motion*

ROM bertujuan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, dan bermanfaat untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan. Prinsip ROM diantaranya yaitu, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien, ROM harus diulang 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, perhatikan umur, diagnosa, tanda- tanda vital dan lamanya tirah baring, ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, dan melakukan ROM harus sesuai waktunya (misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan) (Fitriyani, 2015).

Hal yang perlu diperhatikan selama terapi latihan, yaitu posisi tengkurap dan trendelenburg, kepala pasien harus dalam posisi netral tanpa rotasi ke kiri atau ke kanan, fleksi atau ekstensi dari leher, meminimalisasi stimulus yang berbahaya, dan berikan jarak antara aktivitas keperawatan paling sedikit 15 menit. Pasien akan disarankan untuk menggunakan rehabilitas medik untuk member kemampuan kepada penderita yang telah mengalami disabilitas fisik dan atau penyakit kronis, agar dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengan kapasitasnya. Program rehabilitasi medik yang dapat diikuti pasien dapat berupa fisioterapi, terapi wicara, psikoterapi (Amin & Kusuma, 2015).

Menurut Asmadi (2013) latihan ROM mempunyai beberapa tujuan antara lain:

- 1) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot sehingga dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas.
- 2) Mempertahankan fungsi kardiorespirasi
- 3) Menjaga *fleksibilitas* dari masing-masing persendian
- 4) Mencegah *kontraktur*/kekakuan pada persendian
- 5) Memelihara mobilitas persendian

2.4.3 Manfaat *Range Of Motion*

Menurut Nurhidayat *et al* (2014) menyatakan bahwa manfaat ROM adalah sebagai berikut :

- 1) Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- 2) Mengkaji ulang tulang sendi dan otot
- 3) Mencegah terjadinya kekakuan sendi
- 4) Memperlancar sirkulasi darah
- 5) Memperbaiki tonus otot
- 6) Meningkatkan mobilitas sendi
- 7) Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

2.4.4 Klasifikasi *Range Of Motion*

Menurut Nurhidayat *et al* (2014) beberapa klasifikasi latihan *Range Of Motion*, yaitu sebagai berikut :

- 1) Latihan ROM pasif, yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan dari orang lain, perawat, ataupun alat bantuan setiap kali

melakukan gerakan. Indikasi: pasien lanjut usia dengan mobilitas terbatas, pasien tirah baring dan kekuatan otot 50%.

- 2) Latihan ROM aktif, yaitu latihan ROM yang dilakukan mandiri oleh pasien tanpa bantuan perawat pada setiap melakukan gerakan. Indikasi: mampu melakukan ROM sendiri dan *kooperatif*, kekuatan otot 75%.

Menurut Potter & Perry (2012), klasifikasi latihan ROM (*Range Of Motion*), adalah sebagai berikut :

- 1) ROM pasif adalah gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien.
- 2) ROM Aktif adalah kontraksi secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.
- 3) ROM Aktif kontraksi otot secara aktif dengan bantuan gaya dari luar terapis, alat mekanis atau ekstremitas yang sedang tidak dilatih.
- 4) ROM Aktif Resistif adalah kontraksi otot secara aktif melawan tahanan yang diberikan, misalnya beban.

2.4.5 Prinsip Dasar Latihan ROM

Menurut Nurhidayat *et al* (2014) prinsip dasar latihan ROM (*Range Of Motion*), yaitu sebagai berikut :

- 1) ROM harus diulang sekitar 2 kali dalam 1 hari dengan masing – masing tindakan dilakukan sebanyak 8 kali.
- 2) ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- 3) ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh ahli fisioterapi

- 4) Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki dan pergelangan kaki
- 5) ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit
- 6) Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan.

2.4.6 Pengaruh ROM Terhadap Hambatan Mobilitas Fisik Post Operasi Hernia

Rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien post operasi hernia yang mengalami hambatan mobilitas fisik adalah latihan rentang gerak atau yang sering disebut Range Of Motion (ROM) merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari, kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami hemiparesis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi (Uliyah dan Hidayat, 2014).

Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien Post Operasi Hernia dapat dilakukan intervensi seperti memantau tingkat ketergantungan pasien, mengobservasi tingkat kemampuan otot pasien, menganjurkan pasien untuk melakukan mobilitas fisik yang sesuai dengan kemampuan (minimal miring kanan dan miring kiri), memberikan dorongan

kepada pasien untuk melakukan aktivitas dalam lingkup keterbatasan dan memberi bantuan sesuai kebutuhan, melakukan ROM exercise sesuai kemampuan (Nuruzzaman, 2019).

Mobilisasi merupakan faktor yang utama dalam mempercepat pemulihan dan dapat mencegah komplikasi pasca operasi seperti melakukan tindakan *Range Of Motion* untuk menghindari hambatan mobilitas. Banyak keuntungan yang bisa diraih dari latihan di tempat tidur dan berjalan pada periode dini pasca operasi. Mobilisasi segera secara bertahap sangat berguna untuk proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya infeksi trombosis vena. Bila terlalu dini melakukan mobilisasi dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Jadi mobilisasi secara teratur dan bertahap yang diikuti dengan latihan *Range Of Motion* adalah hal yang paling dianjurkan (Wardi, 2019).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode studi kepustakaan atau literatur review. Studi literatur ini membahas tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia dengan hambatan mobilitas fisik dalam penerapan terapi *Range Of Motion* di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020. Literatur review merupakan ikhtisar komprehensif tentang penelitian yang sudah dilakukan mengenai topik yang spesifik untuk menunjukkan kepada pembaca apa yang sudah diketahui tentang topik tersebut dan apa yang belum diketahui, untuk mencari rasional dari penelitian yang sudah dilakukan atau untuk ide penelitian selanjutnya (Denney & Tewksbury, 2015).

Studi literatur bisa didapat dari berbagai sumber baik jurnal, buku, dokumentasi, internet dan pustaka. Metode studi literatur adalah serangkaian kegiatan yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka, membaca dan mencatat, serta mengelolah bahan penulisan. Jenis penulisan yang digunakan adalah studi literatur review yang berfokus pada hasil penulisan yang berkaitan dengan topik atau variabel penulisan. Penulis melakukan studi literatur ini setelah menentukan topik penulisan dan ditetapkannya rumusan masalah, sebelum terjun ke lapangan untuk mengumpulkan data yang diperlukan (Nursalam, 2016).

3.2 Batasan Istilah

Untuk tidak menimbulkan perbedaan maka harus ada batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1) Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatn yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Nursalam, 2016).

2) Hernia

Hernia adalah penonjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang didalam keadaan normal tertutup (Zahro, 2019).

3) Hambatan Mobilitas Fisik

Hambatan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstemitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, dan nyeri saat bergerak, gerakan terbatas (Heriana, 2014).

4) *Range Of Motion*

Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal yang dapat dilakukan oleh sendi bersangkutan. ROM dibedakan menjadi dua jenis, yaitu ROM aktif (gerakan yang dilakukan oleh seseorang dengan menggunakan energi sendiri, kekuatan otot 75%), dan ROM pasif (energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain atau alat mekanik, kekuatan otot 50%). Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total (Maghfiroh, 2018).

3.3 Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari hasil-hasil penelitian yang sudah dilakukan dan diterbitkan dalam jurnal online nasional. Dalam melakukan penelitian ini peneliti melakukan pencarian jurnal penelitian yang dipublikasikan di internet menggunakan Google Scholar, Pubmed dan Science Direct, Garuda jurnal artikel yang diterbitkan dari tahun 2013-2019 dengan kata kunci: Post Operasi Hernia, Hambatan Mobilitas Fisik, dan *Range Of Motion*.

Proses pengumpulan data dilakukan dengan penyaringan berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh penulis dari setiap jurnal yang diambil. Adapun kriteria pengumpulan jurnal sebagai berikut:

- 1) Tahun sumber literatur yang diambil mulai tahun 2013 sampai dengan tahun 2019, kesesuaian keyword penulisan, keterkaitan hasil penulisan dan pembahasan.
- 2) Strategi dalam pengumpulan jurnal berbagai literatur dengan menggunakan situs jurnal yang sudah terakreditasi seperti Google Scholar, Pubmed dan Science Direct, Garuda Jurnal.
- 3) Melakukan pencarian berdasarkan full text
- 4) Melakukan penilaian terhadap jurnal dari abstrak apakah berdasarkan tujuan penelitian dan melakukan critical appraisal dengan tool yang ada

Literature review dimulai dengan materi hasil penulisan yang secara sekuensi diperhatikan dari yang paling relevan, relevan, dan cukup relevan. Kemudian membaca abstrak, setiap jurnal terlebih dahulu untuk memberikan penilaian apakah permasalahan yang dibahas sesuai dengan yang hendak dipecahkan dalam suatu jurnal. Mencatat poin-poin penting dan relevansinya dengan permasalahan penelitian, Untuk menjaga tidak terjebak dalam unsur plagiat, penulis hendaknya juga mencatat sumber informasi dan mencantumkan daftar pustaka. Jika memang informasi berasal dari ide atau hasil penulisan orang lain. Membuat catatan, kutipan, atau informasi yang disusun secara sistematis sehingga penulisan dengan mudah dapat mencari kembali jika sewaktu-waktu diperlukan (Nursalam, 2016).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dan pembahasan pada Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam bentuk Review Jurnal Nasional sebanyak 5 jurnal yang sesuai dengan judul penelitian yaitu Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Post Operasi Hernia Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Terapi *Range Of Motion* di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020. Penelitian tidak dilakukan secara langsung kepada pasien dan tempat yang sudah dijadikan tempat penelitian dikarenakan mewabahnya *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) selama berlangsungnya penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang menyebabkan penelitian terbatas.

Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 9 tahun 2020 tentang pedoman pembatasan sosial berskala besar dalam rangka percepatan penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) pada Pada Pasal 9 : 1 menyatakan penetapan pembatasan sosial berskala besar dilakukan atas dasar peningkatan jumlah kasus secara bermakna dalam kurun waktu tertentu, terjadi penyebaran kasus secara cepat di wilayah lain dalam kurun waktu tertentu, dan ada bukti terjadi transmisi lokal. Pada Pasal 13 menyatakan pelaksanaan pembatasan sosial berskala besar meliputi peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum, pembatasan kegiatan sosial dan budaya, pembatasan moda transportasi, dan pembatasan kegiatan lainnya khusus terkait aspek pertahanan dan keamanan.

4.1 Hasil Jurnal

Tabel 4.1 Hasil Review Jurnal

No	Judul/Tahun	Peneliti	Tujuan	Populasi/Sampel	Metode Penelitian	Hasil
1	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala (2013)	Resnawati Purba, Yulina, dan Setiawati	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan luka pada pasien Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013	Populasi penelitian adalah seluruh pasien dewasa-lansia Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala pada bulan Oktober sampai November tahun 2013 sejumlah 53 pasien, sampel adalah total populasi sebanyak 53 pasien.	Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan pendekatan cross sectional	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka (p value 0,355). Ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka (p value 0,007 OR 20). Ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka (p value 0,000).
2	Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2012 – Juli 2014 (2015)	Claudia G. Rawis, Hilman P. Limpeleh, dan Paul A. V. Wowiling	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014.	Populasi ada seluruh pasien Hernia di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dan sampel penelitian sebanyak 146 pasien	Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif	Hasil penelitian memperlihatkan 146 pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado selama periode waktu tersebut. Kelompok umur tersering ialah manula atau >65 tahun (27,4%). Jenis kelamin laki-laki merupakan

						<p>mayoritas (99,3%). Pasien hernia inguinalis lateralis dengan letak di sebelah kanan merupakan kasus terbanyak (60,3%). Jenis menurut perlangsungan hernia yang tersering ialah hernia inguinalis lateralis reponibel (74,0%). Penanganan hernia inguinalis lateralis yang paling sering dilakukan ialah herniotomi disertai penggunaan mesh (73,3%).</p>
3	<p>Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Hernia Inguinalis (2017)</p>	<p>Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada pasien post operasi hernia inguinalis.</p>	<p>Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan dan sampel penelitian sebanyak 22 responden</p>	<p>Desain penelitian ini menggunakan metode Quasi Experiment dengan pendekatan Posttest Only Control Group Design</p>	<p>Analisis menggunakan uji Chi-square dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyembuhan luka dengan dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi mengalami penyembuhan luka baik hampir seluruhnya 90,9%. Pada penyembuhan luka tidak</p>

						dilakukan mobilisasi dini pada kelompok kontrol didapatkan penyembuhan luka kurang baik sebagian besar 72,7%. Nilai signifikan $p = 0,008$ antara mobilisasi dini dengan penyembuhan luka.
4	Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon (2019)	Suardi Zurimi	Penelitian ini bertujuan Untuk memberikan gambaran tentang Pengaruh Pemberian Mobilisasi Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon.	Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis di Ruang Mutiara Rumah Sakit Umum Bhayangkara Ambon dan sampel penelitian sebanyak 1 (satu) orang	Jenis penelitian ini adalah deskriptif yang berbentuk studi kasus	Hasil penelitian menunjukkan evaluasi yang didapatkan pada pasien Tn. D dimana standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini yang telah dilakukan selama 4 hari perawatan, penulis mengevaluasi sesuai dengan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan luka post herniatomi, dapat disimpulkan bahwa masalah hambatan mobilisasi fisik pada hari

						keempat sudah dapat teratasi sehingga ada pengaruh pemberian pemberian mobilisasi dini terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon
5	Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di Rs Islam Arafah Rembang (2019)	Umi Faridaha, Dewi Hartinah, dan Nuning Nindiawaty	Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara tingkat aktifitas dengan kejadian hernia	Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita hernia, yang di rawat jalan di RSI Arafah Rembang berjumlah 77 pasien dan Sampel dalam penelitian ini sebanyak 31 sampel	Metode penelitian korelasi dengan metode cross sectional menggunakan tehnik purposive sampling yang dianalisis dengan uji chi-square	Hasil uji statistik chi square di peroleh hasil nilai p value = $0,011 < (0,05)$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan pasien hernia di RSI Arafah Rembang.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Persamaan

Persamaan antara kelima jurnal dalam review jurnal diatas adalah sebagai berikut :

- 1) Kelima jurnal tersebut memiliki hubungan satu sama lain yaitu sama-sama membahas tentang pengaruh mobilitas untuk mempercepat penyembuhan luka post operasi hernia
- 2) Kelima jurnal tersebut memiliki tujuan yang sama untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik pasien post operasi hernia dan untuk mempercepat penyembuhan luka post operasi hernia.

4.2.2 Kelebihan

Kelebihan dari kelima jurnal pada review jurnal tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Peneliti pertama yang ditulis oleh Resnawati Purba, Yulina, dan Setiawati (2013) yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala” dari hasil meriview jurnal tersebut menunjukkan bahwa hasil distribusi frekuensi responden dengan proses penyembuhan lukanya sesuai (sembuh) yaitu sebanyak 48 responden (90,6%), distribusi frekuensi responden dalam kategori usia lansia yaitu sebanyak 28 responden (52,8%), distribusi frekuensi responden dengan status gizi normal yaitu sebanyak 41 responden (77,4%), dan distribusi frekuensi responden tidak DM yaitu sebanyak 49 responden (92,5%), sedangkan responden yang memiliki riwayat penyakit DM sebanyak 4 responden (7,5%). Tidak ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah

Menggala Tahun 2013 (p value 0,355). Ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,007 OR 20). Ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,000 OR 70,5).

- 2) Peneliti kedua yang ditulis oleh Claudia G. Rawis, Hilman P. Limpeleh, dan Paul A. V. Wowiling (2015) yang berjudul “Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2012 – Juli 2014” dari hasil meriview jurnal tersebut menunjukkan bahwa pola hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012- Juli 2014 menunjukkan kelompok umur terbanyak yang menderita hernia inguinalis lateralis ialah manula (>65 tahun), jenis kelamin laki-laki merupakan mayoritas, hernia inguinalis lateralis dengan letak di sebelah kanan yang tersering, dan hernia inguinalis lateralis reponibel yang terbanyak. Penanganan hernia inguinalis lateralis yang paling sering dilakukan ialah herniotomi dengan penggunaan mesh.
- 3) Peneliti ketiga yang ditulis oleh Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti (2017) yang berjudul “Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Hernia Inguinalis” dari hasil meriview jurnal tersebut menunjukkan bahwa adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post

operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra sehat Lamongan (nilai $P=0,008$). Hal ini tentu juga dapat dilihat pada tabulasi silang, dengan dilakukan mobilisasi dini hampir seluruhnya 90,9% penyembuhannya baik dan sebagian kecil 9,09 penyembuhannya kurang baik. Pada pasien post operasi hernia inguinalis dengan dilakukan mobilisasi dini di RS Bedah Mitra sehat Lamongan seluruhnya mempunyai penyembuhan luka baik. Pada pasien post operasi hernia inguinalis tidak dilakukan mobilisasi dini di RS Bedah Mitra sehat Lamongan sebagian besar mempunyai penyembuhan luka kurang baik.

- 4) Peneliti keempat yang ditulis oleh Suardi Zurimi (2019) yang berjudul “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon” dari hasil meriview jurnal tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan pemberian mobilisasi dini pada pasien Tn. D mengacu pada rencana yang telah disusun dan standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini serta adanya partisipasi dari keluarga pasien dalam proses pemberian mobilisasi dini selama proses perawatan post herniatomi menunjukkan ada perubahan terhadap penyembuhan luka post herniatomi kepada pasien semakin cepat kering dan sembuh. Berdasarkan perkembangan kondisi pasien selama empat hari dari tanggal 12 sampai dengan 16 April 2019 didapatkan data pasien mengatakan pasien mengatakan sudah dapat

melakukan aktifitas fisik secara mandiri dan dapat berjalan dengan baik, pasien tampak rileks, kekuatan otot ekstremitas bawah kiri dan kanan kembali normal (nilai = 5), luka post herniatomi sudah kering, bersih dan membaik, aktifitas fisik pasien mandiri tanpa dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien sudah dapat berjalan secara mandiri.

- 5) Peneliti kelima yang ditulis oleh Umi Faridaha, Dewi Hartinah, dan Nuning Nindiawaty (2019) yang berjudul “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di Rs Islam Arafah Rembang” dari hasil meriview jurnal tersebut menunjukkan bahwa pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 15 orang, pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 3 orang, psien dengan aktifitas fisik berat dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 6 orang dan pasien dengan aktifitas fisik berat dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 7 orang. Hasil uji statistik chi square di peroleh hasil nilai $p \text{ value} = 0,011 < (0,05)$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan pasien hernia di RSI Arafah Rembang.

4.2.3 Kekurangan dari jurnal penelitian

Kekurangan dari kelima jurnal penelitian pada review jurnal di atas adalah sebagai berikut :

- 1) Peneliti pertama yang ditulis oleh Resnawati Purba, Yulina, dan Setiawati (2013) yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala” dari hasil meriview jurnal terdapat kekurangan dimana pada pendahuluan tidak ada dicantumkan prevalensi pasien post operasi hernia dan yang mengalami penyembuhan luka post operasi hernia. Pada pendahuluan juga tidak ada dicantumkan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung terhadap penelitian yang dilakukan.
- 2) Peneliti kedua yang ditulis oleh Claudia G. Rawis, Hilman P. Limpeleh, dan Paul A. V. Wowiling (2015) yang berjudul “Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2012 – Juli 2014” dari hasil meriview jurnal terdapat kekurangan dimana peneliti hanya menggunakan desain deskriptif tanpa menggunakan desain eksperimental sehingga tidak memiliki perbandingan terhadap kelompok lain yang tidak dilakukan/diberi terapi untuk penyembuhan masalah pola hernia Inguinalis Lateralis.
- 3) Peneliti ketiga yang ditulis oleh Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti (2017) yang berjudul “Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Hernia Inguinalis” dari hasil meriview jurnal terdapat kekurangan dimana pada pendahuluan tidak ada dicantumkan prevalensi pasien post operasi hernia dan yang mengalami penyembuhan luka post

operasi hernia. Pada pendahuluan juga tidak ada dicantumkan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung terhadap penelitian yang dilakukan.

- 4) Peneliti keempat yang ditulis oleh Suardi Zurimi (2019) yang berjudul “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon” dari hasil meriview jurnal terdapat kekurangan dimana peneliti hanya menggunakan desain deskriptif tanpa menggunakan desain eksperimental sehingga tidak memiliki perbandingan terhadap kelompok lain yang tidak dilakukan/diberi terapi untuk penyembuhan masalah pada post operasi hernia
- 5) Peneliti kelima yang ditulis oleh Umi Faridaha, Dewi Hartinah, dan Nuning Nindiawaty (2019) yang berjudul “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di Rs Islam Arafah Rembang” dari hasil meriview jurnal terdapat kekurangan dimana pada pendahuluan tidak ada dijelaskan secara singkat penyebab dan manifestasi klinik pasien post operasi hernia dan dampak yang terjadi apabila masalah tersebut tidak segera ditangani. Pada pendahuluan juga tidak ada dicantumkan hasil penelitian sebelumnya yang mendukung terhadap penelitian yang dilakukan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Riview jurnal dilakukan terhadap 5 penelitian sebelumnya yaitu peneliti pertama yang ditulis oleh Resnawati Purba, Yulina, dan Setiawati (2013) yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala”, peneliti kedua yang ditulis oleh Claudia G. Rawis, Hilman P. Limpeleh, dan Paul A. V. Wowiling (2015) yang berjudul “Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2012 – Juli 2014”, peneliti ketiga yang ditulis oleh Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti (2017) yang berjudul “Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Hernia Inguinalis”, peneliti keempat yang ditulis oleh Suardi Zurimi (2019) yang berjudul “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon”, dan peneliti kelima yang ditulis oleh Umi Faridaha, Dewi Hartinah, dan Nuning Nindiauwaty (2019) yang berjudul “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di Rs Islam Arafah Rembang”.

Sumber pencarian jurnal pada penelitian ini adalah Google Scholar, Pubmed dan Science Direct, artikel yang diterbitkan dari tahun 2013-2019, jurnal intervensi untuk mengatasi kelemahan otot pada pasien post operasi Hernia, merupakan intervensi non farmakologi yaitu terapi *Range Of Motion*, merupakan intervensi yang efisien berdasarkan hasil penelitian dan intervensi yang mudah dilakukan. Berdasarkan lima jurnal tentang efektifitas latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien post operasi Hernia membuktikan bahwa latihan ROM efektif dalam mengatasi masalah kelemahan otot pada pasien pasien post operasi Hernia. Latihan *Range Of Motion* (ROM) yang digunakan dalam jurnal yang terpilih yaitu *Range Of Motion* (ROM) aktif dan pasif.

Berdasarkan hasil Systematic Review yang telah dilakukan tentang latihan *Range Of Motion* (ROM) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien post operasi Hernia disimpulkan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot. Dengan pemberian latihan yaitu 2x sehari setiap pagi dan sore dengan waktu 15-35 menit dan

dilakukan 4 kali pengulangan setiap gerakan. Waktu pemberian latihan ini sebaiknya lebih lama minimal 4 minggu karena telah terbukti berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot. Terapi tersebut direkomendasikan untuk digunakan karena tekniknya sederhana, tidak membutuhkan alat dan bahan, tidak memerlukan kemampuan khusus untuk menerapkannya dan dapat dilakukan oleh semua pasien post operasi Hernia yang mengalami kelemahan otot.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien

Bagi penderita Post Operasi Hernia diharapkan responden mengerti cara penanganan nonfarmakologi dan mampu dalam mempertahankan mobilitas fisik untuk meningkatkan kekuatan otot dan agar dapat mengaplikasikan gerakan *Range Of Motion* secara semi mandiri untuk menggerakkan anggota gerak yang lemah dengan bantuan anggota gerak yang lebih kuat sehingga mencegah terjadinya kelemahan anggota gerak berulang.

5.2.2 Bagi Keluarga

Diharapkan untuk keluarga agar selalu mengawasi dan memotivasi pasien Post Operasi Hernia untuk menjaga kontinuitas latihan *Range Of Motion*, keteraturan aktivitas, dan kunjungan berobat

5.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan agar dapat dijadikan sebagai bahan pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat untuk pengetahuan dan sumber informasi tentang pengaruh pengetahuan dan sikap perawat terhadap terapi *Range Of Motion* dalam penangan masalah hambatan mobilitas fisik pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia.

5.2.4 Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan kepada instansi pendidikan untuk menambah wawasan mahasiswa tentang terapi pencegahan masalah hambatan mobilitas fisik sehingga dapat dijadikan

acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan khususnya masalah hambatan mobilitas fisik pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia.

5.2.5 Bagi Penulis

Bagi penulis diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang khususnya tentang pemberian terapi *Range Of Motion* pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

5.2.6 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan meneliti terapi lain sehingga dapat memperkaya hasil penelitian pada jenis terapi untuk peningkatan percepatan proses penyembuhan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia dan diharapkan menjadi Evidence Based Nursing (EBN) dalam melakukan penelitian selanjutnya terutama untuk mengontrol faktor yang mempengaruhi penyembuhan masalah hambatan mobilitas fisik pada klien yang mengalami Post Operasi Hernia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi,G., Muharyati,A., Wulandari,Y. (2017). Pengaruh Tehnik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Hernia dengan Spinal Anestesi.
- Ambarwati, Fitri Resati. (2014). Konsep Kebutuhan Dasar Manusia. Yogyakarta : Dua Satria Offset.
- Amin dan Kusuma. 2015. Defenisi & Klasifikasi Hernia. Buku Ajar Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Azwar, Anas Siahaan. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Post Operasi Hernia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Dalam Penerapan Terapi ROM (Range Of Motion) Pasif di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Sibolga Tahun 2019. Karya Tulis Ilimah, Prodi D-III Keperawatan. Pandan : Akper Pemkab Tapanuli Tengah
- Claudia G. Rawis, Hilman P. Limpeleh, dan Paul A. V. Wowiling. (2015). “Pola Hernia Inguinalis Lateralis Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2012 – Juli 2014”. Jurnal e-Clinic (eCl), Volume 3, Nomor 2, Mei-Agustus 2015
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2017). Data dan Informasi Profil Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Tahun 2017. Provinsi Sumatera Utara : Dinas Kesehatan Sumut
- Dwi, Kurnia Piardani. (2018). Asuhan Keperawatan Tn. D Dengan Hernia Inguinalis Serta Aplikasi Pendidikan Kesehatan Pre Operasi Terhadap Kecemasan Di Irna Bedah Pria RSUP Dr. M. Djamil Padang. Universitas Andalas.
- Fadiyansyah, et al. (2019). Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Dengan Hemiparese Sinistra. Medical Profession Program, Faculty of Medicine, Tadulako University – Palu, INDONESIA. Jurnal Vol.1 | No.1 | Februari 2019 | Jurnal Medical Profession (MedPro)
- Febrianto, Eko. (2018). ‘Asuhan Keperawatan Pada Tn. L Dengan Kasus Diabetes Melitus Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di Ruang Melati Rsud Kota Kendari Tahun 2018’. Karya Tulis Ilmiah, Prodi D-III Keperawatan. Kendari : Politeknik Kesehatan Kendari.
- Fitriyani, W. N. (2015). ‘Efektivitas Frekuensi Pemberian Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. Dr. Margono Soekarja Purwekerto’. Skripsi. Purwekerto : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwekerto.
- Gocke. (2016). Dasar- dasar Urologi. Jakarta :SalembaMedika.
- Heriana, P. 2014. Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Tangerang : Binarupa Aksara.
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA. Jogyakarta: Mediaction Jogja.
- Maghfiroh, Ervi. (2018). ‘Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik Pada Ny. T dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017’. **Karya Tulis Ilmiah, Prodi D-III Keperawatan. Lumajang : Universitas Jember.**
- Masriadi. (2016). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta : Trans Info Media
- NANDA, NIC-NOC. (2016). Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic-Noc dalam berbagai kasus. Jogjakarta : Medi Action

- Nuari, N.A (2015). Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal. Jakarta: Trans Info Media.
- Nurhidayat et al. 2014. Defenisi Range of Motion (ROM), Tujuan ROM. Jakarta: EGC.
- Nursalam.(2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis. Edisi 4. Jakarta : Salemba Medika.
- Nuruzzaman, M. Rifki. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Hil (Hernia Inguinalis Lateralis) Di Ruang Melati RSUD Bangil. KTI, DIII Keperawatan. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
- Potter, Patricia A dan Anne Griffin Perry. 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses dan praktik Ed. 4 Vol. 1. Jakarta : EGC
- Purwaningsih, Heni. Dkk. 2018. Hubungan mobilisasi dini dengan tingkat kemandirian pasien Post Hernia di Bangsal Mawar RSUD Tamenggung. Indonesia jurnal of nursing research. Vol. 1 No. 1.
- Resnawati Purba, Yulina, dan Setiawati. (2013). “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala”. JURNAL KESEHATAN HOLISTIK Vol 8, No 2, April 2014 : 47-52
- Ria, Wahyu. 2016. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Mobilisasi Dini Dengan Perilaku Pelaksanaan Tindakan Mobilisasi Dini Post Operasi Hernia Di Ruang Kanthil 1 RSUD Karanganyer. Jurnal keperawatan
- Rihantoro, Tori. Dermawan, Aulia Arif. 2017. Pengetahuan dan Perilaku Mobilisasi Dini Pasien Post Operasi Hernia. Jurnal keperawatan, Vol XIII. No. 1.
- Riskesdas. (2018). Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.depkes.go.id>
- Saputra. 2013. Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. (H. Haroen, Ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). Jakarta: DPP Persatuan Perawat Indonesia.
- Suardi Zurimi. (2019). “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon”. GLOBAL HEALTH SCIENCE, Volume 4 Issue 4, Desember 2019 ISSN 2503-5088 (p) 2622-1055 (e) 182
- Subarjo, Pana Agus. (2017). Analisis Asuhan Keperawatan Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi Hernia Dengan Masalah Nyeri Akut di Ruang Barokah Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Gombang. Karya Ilmiah, Program Ners. Gombang : STIKES Muhammadiyah Gombang.
- Sumaryati, dkk. 2018. Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Operasi Hernia Di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. Inonesia journal of nursing research. Vol.1

- Suryanti. (2017). Aplikasi Model Konsep Keperawatan Calista Roy Pada Tn. N Post Operasi Hernia Inguinalis di Ruangan Safa Rumah Sakit Kota Bengkulu. JNPH Volume 5 No. 2 (Desember 2017).
- Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti. (2017). “Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Hernia Inguinalis”. Jurnal Keperawatan Volume 10, Nomor 2 Juli 2017
- Uliyah dan Hidayat. 2014. Ketrampilan Dasar Praktik Klinik. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika Amin dan Kusuma. 2015. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Hernia. Jakarta: Nuha Medika.
- Umi Faridaha, Dewi Hartinah, dan Nuning Nindiauwaty. (2019). “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di Rs Islam Arafah Rembang”. Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Vol.11 No.1 (2020) 140-144
- Wardi, Rajaguk-guk. (2019) Gambaran Pengetahuan Pasien Tentang Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Ruang Rindu B RSUP H Adam Malik Medan Tahun 2019. Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Keperawatan
- World Heart Organization. (2018). Hernia Inguinalis, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/>. (diakses pada`28 oktober 2019)
- Zahro, Asy Syifa Izzatuz. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Hernia Inguinal Lateralis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Harjono Ponorogo. Tugas Akhir (D3), Universitas Muhammadiyah Ponorogo

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
RANGE OF MOTION (ROM)

1	<p>Pengertian : Range of Motion (ROM) adalah segenap gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan</p>
2	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memelihara fungsi dan mencegah kemunduran. 2. Untuk memelihara dan meningkatkan pergerakan sendi. 3. Untuk merangsang sirkulasi darah. 4. Untuk mencegah kelainan bentuk (deformitas). 5. Untuk memelihara dan meningkatkan kekuatan otot
3	<p>Persiapan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat. 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien. 3. Meminta pengunjung untuk meninggalkan ruangan, memberi privasi pasien. 4. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.
4	<p>Persiapan Alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk kecil 2. Lotion/ baby oil 3. Minyak penghangat bila perlu (misal: minyak telon)
5	<p>Cara Bekerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien bahwa tindakan akan segera dimulai 2. Tinggikan tempat tidur sampai ketinggian kerja yang nyaman 3. Periksa alat-alat yang akan digunakan 4. Dekatkan alat-alat ke sisi tempat tidur 5. Posisikan pasien senyaman mungkin 6. Cuci tangan dan kenakan sarung tangan <p>A. Leher</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien. 2. Lakukan gerakan: <ol style="list-style-type: none"> a) Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan. b) Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan. c) Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan. d) Observasi perubahan yang terjadi. <p>B. Fleksi dan Ekstensi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya. 2. Angkat lengan pasien pada posisi awal. 3. Lakukan gerakan mendekati tubuh. 4. Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan. <p>C. Abduksi dan Adduksi Bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan tangan kiri perawat di atas siku pasien, tangan kanan memegang tangan pasien. 2. Pertahankan posisi tersebut, kemudian gerakkan lengan sejauh mungkin dari tubuh dalam keadaan lurus. 3. Tekuk dan gerakkan lengan segera perlahan ke atas kepala

sejauh mungkin.

4. Kembalikan pada posisi semula.
5. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.

D. Rotasi Bahu

1. Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk.
2. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
3. Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.
4. Kembalikan lengan ke posisi awal.
5. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
6. Kembalikan ke posisi awal.
7. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri

E. Fleksi dan Ekstensi Siku

1. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.
2. Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
3. Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekati ke bahu.
4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
5. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri.

F. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

1. Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.
2. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
3. Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.
4. Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi.
5. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan.

G. Ekstensi dan Fleksi Pergelangan Tangan dan Jari

1. Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan pasien dan tangan pasien bergengaman dengan tangan perawat.
2. Tekuk punggung tangan ke belakang sambil mempertahankan posisi jari lurus.
3. Luruskan tangan.
4. Tekuk tangan ke depan sambil jari-jari menutup membuat gengaman, kemudian buka tangan.
5. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali

H. Fleksi dan Ekstensi Ibu Jari

1. Pegang tangan pasien, tekuk ibu jari ke dalam telapak tangan pasien.
2. Dorong ibu jari ke belakang pada titik terjauh dari telapak tangan pasien. Ulangi lebih kurang 3 kali.
3. Gerakan ibu jari pasien memutar/sirkulasi pada satu lingkaran.

I. Rotasi Paha

1. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
2. Putar kaki ke arah pasien.
3. Putar kaki ke arah pelaksana.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Observasi perubahan yang terjadi.

J. Abduksi dan Adduksi Paha

1. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
2. Angkat kaki pasien kurang lebih 8cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau kesamping ke arah perawat.
3. Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
6. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi

K. Fleksi dan Ekstensi Panggul dan Lutut

1. Tempatkan salah satu tangan perawat dibawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit dan menahan kaki pasien.
2. Angkat tungkai kaki dan tekukan pada lutut, gerakan tungkai kebelakang sejauh mungkin.
3. Luruskan lutut di atas permukaan kaki, kembalikan pada posisi semula.
4. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.

L. Rotasi Interna dan Eksterna Panggul

1. Tempatkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit kaki pasien.
2. Angkat tungkai dan tekuk membuat sudut yang besar di atas lutut.
3. Pegang lutut dan kaki pasien mendorong ke hadapan perawat.
4. Gerakkan kaki ke posisi semula.
5. Dorong kaki sejauh mungkin dari perawat, gerakkan ke posisi semula.
6. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.

M. Fleksi dan Ekstensi Kaki

1. Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.
2. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.
3. Kembalikan ke posisi awal.
4. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.
5. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan.

N. Eversi dan Inversi Kaki

1. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.
2. Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
3. Kembalikan ke posisi semula.
4. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
5. Kembalikan ke posisi awal.
6. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

O. Ekstensi dan Fleksi Jari-jari Kaki

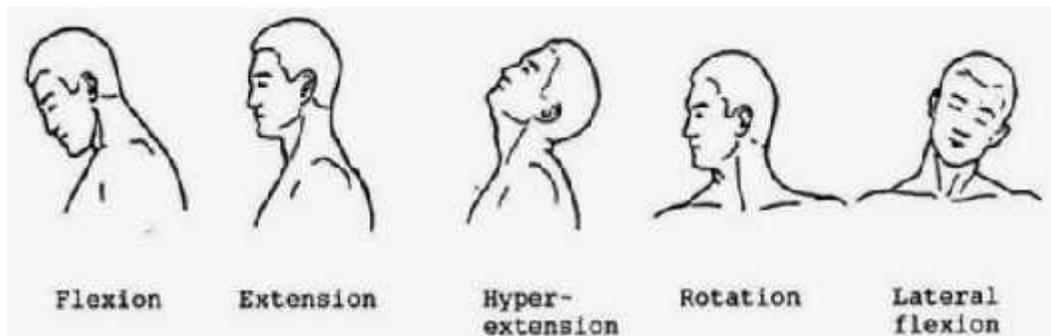
1. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
2. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah.
3. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
4. Gerakan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
5. Kembalikan ke posisi awal.

	<p>6. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi</p> <p>7. Rapikan pasien ke posisi semula</p> <p>8. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai</p> <p>9. Bereskan alat-alat yang telah digunakan dan melepaskan sarung tangan</p> <p>10. Buka kembali tirai atau pintu dan jendela</p> <p>11. Kaji respon pasien (subyektif dan obyektif)</p> <p>12. Beri reinforcement positif kepada pasien</p> <p>13. Buat kontak pertemuan selanjutnya</p> <p>14. Akhiri kegiatan dengan baik</p> <p>15. Cuci tangan</p>
6	<p>Hasil :</p> <p>Dokumentasikan nama tindakan/tanggal/jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon pasien selama tindakan, nama dan paraf perawat pelaksana.</p>
7	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang ekstermitas pada sendi-sendi seperti: elbow, wrist, knee. Gerakkan sendi secara perlahan-lahan, selanjutnya teruskan. Jika tidak nyaman/agak nyeri pada sendi, misalnya : adanya arthritis (dukung ekstermitas pada daerah tersebut). 2. Gerakan setiap sendi melalui ROM lebih kurang 3 kali terus menerus secara teratur dan perlahan-lahan. Hindarkan pergerakan yang berlebihan dari persendian pada saat latihan ROM. Hindarkan pada tekanan yang kuat pada saat pergerakan yang kuat. 3. Hentikan pergerakan bila ada nyeri. 4. Catat adanya ketidak nyamanan (nyeri, kelelahan), kontraktur/kekakuan sendi, kekuatan otot dan adanya atrofi otot. 5. Apabila ada perasaan nyeri akibat kekejangan/spasme otot, gerakkan sendi secara perlahan-lahan, jangan berlebihan. Gerakkan dengan lemah lembut secara bertahap sampai terjadi relaksasi. 6. Aktifitas fungsional untuk menguji lengkap gerak sendi dapat dilakukan pada pasien yang sudah dapat melakukan pergerakan sendiri tanpa bantuan. 7. Pergerakan diuji/diperiksa oleh terapis untuk menentukan adanya pergerakan daerah sendi. Pergerakan sendi pasien sangat dipengaruhi oleh kondisi afisik, faktor penyakit dan faktor genetik. Latihan disesuaikan dengan keadaan klinis pasien. 8. Setiap sendi tubuh mempunyai suatu lingkup pergerakan yang normal. 9. Sendi-sendi akan kehilangan lingkup pergerakan sendi yang normal. Kekuan akan mengakibatkan suatu keadaan ketidakmampuan yang menetap. Hal ini sering pada kondisi Neuromuskuler (Hemiplegia). 10. Latihan ROM direncanakan dengan individu, lingkup pergerakan bervariasi sesuai dengan perbedaan tubuh dan kemampuan serta golongan umur. 11. Latihan ROM dapat dilakukan kapan saja, dimana keadaan fisik tidak aktif.

Sumber : Febrianto, 2018

GAMBAR PENERAPAN TERAPI ROM (RANGE OF MOTION)

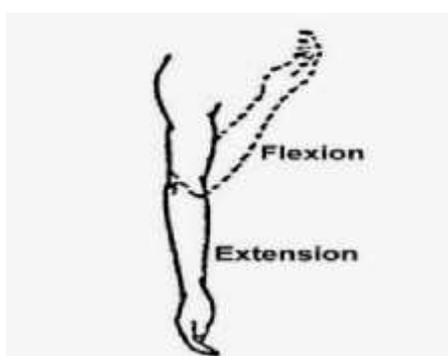
1. Leher



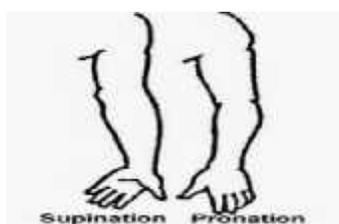
2. Bahu



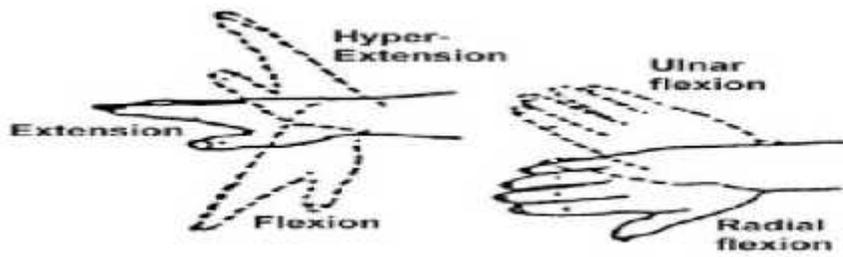
3. Siku



4. Lengan Bawah



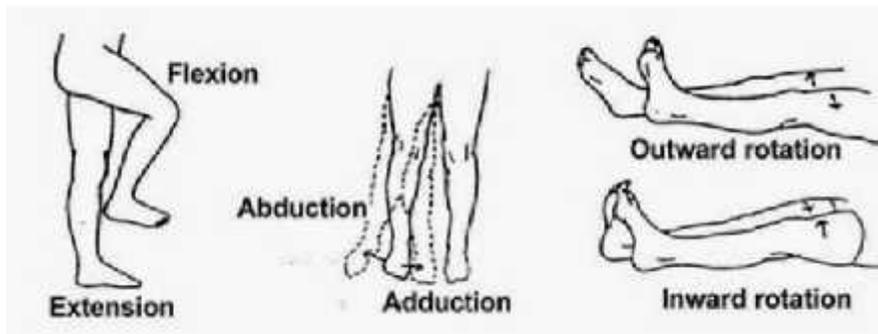
5. Pergelangan Tangan



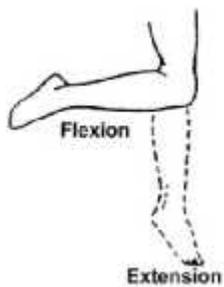
6. Jari Tangan



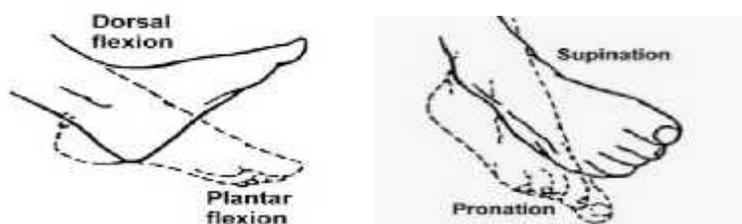
7. Pinggul



8. Lutut



9. Kaki



FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENYEMBUHAN LUKA PADA PASIEN POST OPERASI HERNIA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MENGGALA TAHUN 2013

Resnawati Purba¹, Yulina², Setiawati²

ABSTRAK

Proses penyembuhan luka mencakup reaksi kimia dan seluler dan berhubungan dengan penyatuan jaringan-jaringan setelah adanya jejas. Hasil data rekam medis RSUD Menggala Tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat sebanyak 1008 kasus operasi bedah. Hasil presurvey yang dilakukan pada bulan Agustus 2013 diketahui bahwa dari 7 pasien post operasi hernia, sebanyak 2 orang yang mengalami perpanjangan masa perawatan dikarenakan luka post operasi masih dalam fase inflamasi yang ditandai dengan adanya cairan eksudat dan abses. Tujuan dari penelitian ini adalah diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan luka pada pasien Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh pasien dewasa-lansia Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala pada bulan Oktober sampai November tahun 2013 sejumlah 53 pasien, sampel adalah total populasi. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Analisa data yang digunakan adalah uji *chi square*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka (p value 0,355). Ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka (p value 0,007 OR 20). Ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka (p value 0,000). Saran untuk petugas kesehatan agar lebih sering memberikan penyuluhan kepada klien mengenai makanan yang baik untuk dikonsumsi selama pasca operasi terutama asupan protein dan vitamin agar proses penyembuhan luka normal.

Kata Kunci: Usia, Status Gizi, Riwayat Penyakit DM, Penyembuhan Luka

PENDAHULUAN

Proses penyembuhan luka mencakup reaksi kimia dan seluler dan berhubungan dengan penyatuan jaringan-jaringan setelah adanya jejas. Proses perbaikan pada jaringan manusia berhubungan pula dengan sistem jaringan dan regenerasinya. Proses penyembuhan luka ada 3 tipe atau bentuk, yakni penyembuhan primer, penyembuhan sekunder dan penyembuhan tersier (Jong, 2004).

Proses inflamasi didahului oleh proses hemostatis. Adanya luka akan menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan pembuluh limfatik. Vasokonstriksi akan segera terjadi selanjutnya pada proses hemostasis platelet yang berperan mengatasi pendarahan dan mengeluarkan faktor pembekuan untuk selanjutnya memproduksi fibrin dan menghasilkan sitokin yang membantu proses penyembuhan. Hemostasis yang efektif membutuhkan koordinasi fungsi pembuluh darah, platelet, faktor koagulasi dan sistem fibrinolisis. Respon awal pembuluh darah terhadap jejas atau trauma adalah vasokonstriksi arteriolar yang akan mengurangi aliran

darah lokal dan menghindari kehilangan banyak darah. Selanjutnya akan diikuti oleh aktivasi platelet yang melekat pada dinding pembuluh darah di daerah jejas atau luka kemudian terjadilah agregasi platelet yang membentuk massa oklusi yang merupakan plak hemostasis primer. Jejas atau luka akan menyebabkan kerusakan vascular, kemudian kerusakan vaskular akan mengaktifkan faktor koagulasi dan terbentuklah trombin yang akan mengkonversi fibrinogen plasma yang larut dalam sirkulasi menjadi bentuk tidak larut atau fibrin (Lowe, 2003).

Fase inflamasi adalah fase yang selalu terjadi dan berperan sebagai prekursor proses penyembuhan. Proses inflamasi memiliki karakteristik adanya migrasi leukosit ke daerah luka dan sel-sel inflamasi akan meregulasi matriks jaringan ikat (Jong, 2004). Cairan eksudat dan abses akan tampak pada inflamasi akut. Sel yang mengalami jejas akan melepaskan katekolamin dan prostaglandin dan segera setelah jejas akan terjadi vasokonstriksi. Selanjutnya permeabilitas kapiler meningkat sehingga terjadi edema lokal. Reaksi pembengkakan ini dimediasi oleh histamine, kinin, prostaglandin, leukotrien dan produk sel endothelial (Kumar, 2007).

1. Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tulang Bawang Lampung
2. Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Malahayati B. Lampung

Pada fase inflamasi sel – sel yang berperan dalam fase ini adalah makrofag, limfosit dan leukosit, sel-sel ini juga dipengaruhi oleh usia. Leukosit akan meningkat pada orang tua. Jumlah makrofag dan limfosit akan menurun seiring semakin tua usia individu, begitu pula dengan produksi faktor pertumbuhan seperti VEGF. Transformasi limfosit juga dipengaruhi keadaan nutrisi pasien (Gosain dan Dipietro, 2004).

Fase proliferasi meliputi tahap angiogenesis, deposit kolagen, pembentukan jaringan granulasi dan kontraksi luka. Fase ini berlangsung dari hari ke-3 atau 4 sampai hari ke-21 (Midwood. et. al., 2004). Keratinosit, fibroblas dan sel endotel vaskular sangat berperan dalam proses proliferasi. Proses fibroplasi lebih cepat pada usia muda. Penurunan jumlah dan ukuran fibroblas dan hasil akhir penutupan luka dipengaruhi oleh usia. Angiogenesis akan menurun seiring dengan penambahan usia. Produksi kolagen pun menurun pada usia tua (Howard, E. Dan Harvey, S., 2008).

Fase maturasi (proses akhir dalam penyembuhan luka) Fase akhir dalam masa penyembuhan, skar akan terbentuk pada akhir proses penyembuhan luka. Degradasi kolagen seimbang dengan sintesis kolagen. Kolagen akan menggantikan daerah yang mengalami jejas atau luka, jika daerah yang tergantikan kolagen tergolong luas maka daerah kulit itu akan tersusun dari jaringan yang lebih kuat atau lebih keras. Semakin banyak kolagen menggantikan daerah luka maka semakin luas pula area kerusakan jaringan, selanjutnya akan terjadi tarikan daerah kulit sekitar dan timbullah sikatriks atau skar (Kumar, 2007). Proses ini berlangsung 6 minggu awal dan diteruskan sampai 6-12 bulan setelah itu dan dapat diamati dari perubahan warna kulit, tekstur dan ketebalan kulit di daerah luka (Jong, 2004).

Hasil data rekam medis RSUD Menggala Tahun 2012 menunjukkan bahwa terdapat sebanyak 1008 kasus operasi bedah, dari jumlah tersebut sebanyak 130 pasien (12,9%) dengan operasi hernia. Hasil presurvey yang dilakukan pada bulan Agustus 2013 diketahui bahwa dari 7 pasien post operasi hernia, sebanyak 2 orang yang mengalami perpanjangan masa perawatan dikarenakan luka post operasi masih dalam fase inflamasi yang ditandai dengan adanya cairan eksudat dan abses.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan luka pada pasien Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan luka pada pasien Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Penelitian dilakukan mulai bulan November tahun 2013 di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala. Rancangan penelitian dengan menggunakan analitik observasi metode pendekatan *cross sectional*.

Populasi penelitian adalah seluruh pasien Post Operasi Hernia di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala pada bulan November sampai Desember tahun 2013 sejumlah 53 pasien. Sampel yang digunakan adalah total sampling yaitu pasien berusia 26-65 Tahun, pasien anak-anak sampai dengan remaja akhir tidak dijadikan subjek penelitian dikarenakan pada usia tersebut, proses penyembuhan luka lebih cepat.

HASIL & PEMBAHASAN

Tabel 1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Proses Penyembuhan Luka

Proses Penyembuhan Luka	Jumlah	Persentase
Sembuh	48	90,6
Tidak Sembuh	5	9,4
Jumlah	53	100,0

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa antara sebagian besar responden proses penyembuhan lukanya sesuai (sembuh) yaitu sebanyak 48 responden (90,6%).

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah	Persentase
Dewasa	25	47,2
Lansia	28	52,8
Jumlah	53	100,0

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa antara sebagian besar responden dalam kategori usia lansia yaitu sebanyak 28 responden (52,8%).

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Gizi

Status Gizi	Jumlah	Persentase
Normal	41	77,4
Kurus-Gemuk	12	22,6
Jumlah	53	100,0

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa antara sebagian besar responden dengan status gizi normal yaitu sebanyak 41 responden (77,4%).

Riwayat Penyakit DM

Tabel 4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit DM

Riwayat Penyakit DM	Jumlah	Persentase
Tidak DM	49	92.5
DM	4	7.5
Jumlah	53	100.0

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa antara sebagian besar responden tidak DM yaitu sebanyak 49 responden (92,5%), sedangkan responden yang memiliki riwayat penyakit DM sebanyak 4 responden (7,5%).

Hubungan Usia dengan Proses Penyembuhan Luka

Data hasil penelitian pada tabel 5 didapatkan bahwa dari 25 responden dengan usia dewasa, sebanyak 24 responden (96.0%) sembuh, sedangkan dari 28 responden dengan usia lansia, sebanyak 24 responden (85.7%) sembuh.

Hasil uji *chi square* didapatkan p value 0,355. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini tidak ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

Tabel 5
Hubungan Usia dengan Proses Penyembuhan Luka

Usia	Proses Penyembuhan Luka				Total		P Value
	Sembuh		Tidak Sembuh		n	%	
	n	%	n	%			
Dewasa	24	96.0	1	4.0	25	100	0,355
Lansia	24	85.7	4	14.3	28	100	
Total	48	90.6	5	9.4	53	100	

Hubungan Status Gizi dengan Proses Penyembuhan Luka

Tabel 6
Hubungan Status Gizi dengan Proses Penyembuhan Luka

Status Gizi	Proses Penyembuhan Luka				Total		P Value	OR (95% CI)
	Sembuh		Tidak Sembuh		n	%		
	n	%	n	%				
Normal	40	97.1	1	2.4	41	100	0,007	20,000 (1,957- 203,222)
Kurus, Gemuk	8	66.7	4	33.3	12	100		
Total	48	90.6	5	9.4	53	100		

Data hasil penelitian pada tabel 6 didapatkan bahwa dari 41 responden dengan status gizi normal, sebanyak 40 responden (97,1%) sembuh, sedangkan dari 12 responden dengan status gizi kurus atau gemuk, sebanyak 8 responden (66,7%) sembuh.

Hasil uji *chi square* didapatkan p value 0,007. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik

dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

Hasil Odd Ratio (OR) diperoleh nilai 20 (CI 95% 1,957-203.222), artinya responden dengan status gizi normal berpeluang untuk sembuh sebesar 20 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang kurus/gemuk.

Hubungan Riwayat Penyakit DM dengan Proses Penyembuhan Luka

Tabel 7
Hubungan Riwayat Penyakit DM dengan Proses Penyembuhan Luka

Riwayat penyakit DM	Proses Penyembuhan Luka				Total		P Value	OR (95% CI)
	Sembuh		Tidak Sembuh		n	%		
	n	%	N	%				
Tidak DM	47	95.9	2	4.1	49	100	0,000	70,5 (4,886-1017,16)
DM	1	25.0	3	75.0	4	100		
Total	48	90.6	5	9.4	53	100		

Data hasil penelitian pada tabel 7 didapatkan bahwa dari 49 responden yang tidak memiliki riwayat penyakit DM, sebanyak 47 responden (95,9%) sembuh, sedangkan dari 4 responden yang memiliki riwayat penyakit DM, sebanyak 1 orang (25,0%) sembuh.

Hasil uji *chi square* didapatkan p value 0,000. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

Hasil Odd Ratio (OR) diperoleh nilai 70,5 (CI 95% 4,885-1017,162), artinya responden yang tidak mengalami DM berpeluang untuk sembuh sebesar 70,5 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang mengalami DM.

Hubungan Usia dengan Proses Penyembuhan Luka

Hasil penelitian diperoleh p value 0,355. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini tidak ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori bahwa anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah. Pada usia lebih dari 30 tahun mulai terjadi penurunan yang signifikan dalam beberapa fungsi. Penuan dapat mengganggu semua tahap penyembuhan luka karena terjadi perubahan vaskuler yang mengganggu ke daerah luka, penurunan fungsi hati mengganggu sintesis factor pembekuan, respon inflamasi lambat, pembentukan antibodi dan limfosit menurun, jaringan kolagen kurang lunak dan jaringan parut kurang elastis (Jong, 2004).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Akhiruddin (2011) yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara usia terhadap penyembuhan luka operasi karena nilai $p > 0,05$ ($p = 0,672$).

Menurut peneliti perbedaan hasil penelitian dengan teori dimana terdapat 23 responden (82,1%) lansia

yang sembuh, hal ini dapat disebabkan karena rumah sakit telah menerapkan manajemen perawatan luka yang baik, yang juga meliputi pemberian diet yang adekuat, sehingga pasien mendapatkan asupan nutrisi terutama protein yang cukup untuk membantu proses penyembuhan lukanya.

Hubungan Status Gizi dengan Proses Penyembuhan Luka

Hasil penelitian diperoleh p value 0,007. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013. Hasil Odd Ratio (OR) diperoleh nilai 20 (CI 95% 1,957-203.222), artinya responden dengan status gizi normal berpeluang untuk sembuh sebesar 20 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang kurus/gemuk.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori bahwa pada Pasien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Sedangkan klien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena supply darah jaringan adipose tidak adekuat (Jong, 2004). Malnutrisi berhubungan dengan menurunnya fungsi otot, fungsi respirasi, fungsi imun, kualitas hidup, dan gangguan pada proses penyembuhan luka (Bruun, dkk, 2004).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Said dkk (2013) yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara NRI, IMT, dan albumin dengan penyembuhan luka ($p < 0,05$). Rerata lama rawat inap pada pasien dengan IMT normal (13.8 ± 5.6 hari) lebih singkat dari pasien kurus (27.8 ± 17.7 hari) dan pasien gemuk (22.4 ± 11.6 hari).

Menurut peneliti adanya sejumlah besar lemak subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang-orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Jaringan lemak kekurangan persediaan darah yang adekuat untuk menahan infeksi bakteri dan mengirimkan nutrisi dan elemen-elemen selular untuk penyembuhan. Apabila jaringan yang rusak tersebut tidak

segera mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan maka proses penyembuhan luka juga akan terhambat.

Hubungan Riwayat Penyakit DM dengan Proses Penyembuhan Luka

Hasil penelitian diperoleh nilai p value 0,000. Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013. Hasil Odd Ratio (OR) diperoleh nilai 70,5 (CI 95% 4,885-1017,162), artinya responden yang tidak mengalami DM berpeluang untuk sembuh sebesar 70,5 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang mengalami DM.

Secara teori hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh. Kadar glukosa plasma yang didapat selama tes toleransi glukosa oral (OGTT) ≥ 200 mg/dl pada dua jam dan paling sedikit satu kali antara 0 sampai 2 jam sesudah pasien mengkonsumsi glukosa (Jong, 2004).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Puspitasari (2011) yang menunjukkan penyakit DM (*Diabetes Mellitus*) berhubungan dengan penyembuhan luka post operasi SC di RS PKU Muhammadiyah Gombong dengan nilai probabilitas (Sig) 0,007.

Menurut peneliti diabetes menyebabkan peningkatan ikatan antara hemoglobin dan oksigen sehingga gagal untuk melepaskan oksigen ke jaringan. Salah satu tanda penyakit diabetes adalah kondisi "Hiperglikemia" yang berlangsung terus menerus. Hiperglikemia adalah keadaan dimana kadar gula darah sewaktu melebihi batas normal (normalnya 70-105 mg/l). Hiperglikemi menghambat leukosit melakukan fagositosis sehingga rentan terhadap infeksi. Jika mengalami luka akan sulit sembuh karena diabetes mempengaruhi kemampuan tubuh untuk menyembuhkan diri dan melawan infeksi. Maka dari itu apabila seseorang tersebut menderita penyakit DM dengan kadar gula yang sangat tinggi akan membuat proses penyembuhan luka berjalan lambat.

SIMPULAN & SARAN

Adapun kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi responden dengan status gizi normal yaitu sebanyak 48 responden (90,6%).
2. Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi responden dalam kategori usia lansia yaitu sebanyak 28 responden (52,8%).

3. Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi responden dengan status gizi normal yaitu sebanyak 41 responden (77,4%).
4. Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi responden tidak DM yaitu sebanyak 49 responden (92,5%), sedangkan responden yang memiliki riwayat penyakit DM sebanyak 4 responden (7,5%).
5. Tidak ada hubungan usia dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,355).
6. Ada hubungan status gizi dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,007 OR 20).
7. Ada hubungan riwayat penyakit DM dengan proses penyembuhan luka di Rumah Sakit Umum Daerah Menggala Tahun 2013 (p value 0,000 OR 70,5).

Adapun saran yang dapat penulis rekomendasikan adalah agar petugas kesehatan rumah sakit lebih sering memberikan penyuluhan kepada klien mengenai makanan yang baik untuk dikonsumsi selama pasca operasi terutama asupan protein dan vitamin agar proses penyembuhan luka normal. Sedangkan bagi peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian tentang faktor-faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhiruddin (2011) *Pengaruh usia terhadap penyembuhan luka operasi pada pasien fraktur femur di RSUD Sleman Yogyakarta pada periode 2007 – 2010*. <http://medicine.uii.ac.id/upload>
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Aziz. (2003). *Riset Keperawatan & Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jong. 2005. *Buku Ajar Bedah* edisi 2. EGC, Jakarta.
- Lowe, G.S., Schellenberg, G., & Shannon, H.S. (2003). *Correlates of Employees' Perceptions of a Healthy Work Environment*. *American Journal Of Health Promotion*
- Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. *Buku ajar patologi*. 7 nd ed , Vol. 1. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2007 : 189-
- Mansjoer (2010), *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius. FKUI.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Puspitasari (2011) *Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka post operasi SC di RS PKU Muhammadiyah Gombong*.

<http://ejournal.stikesmuhqombong.ac.id/index.php/JIKK/article/view/25>

Said dkk (2013) *Gizi dan Penyembuhan Luka*.
<http://repository.unhas.ac.id/>

Stewart dan Sylvia, Moss. 1996, *Human Communication : Prinsip-Prinsip Dasar*. Pengantar: Deddy Mulyana, Bandung : Remaja Rosdakarya

Taylor, L.C. & Le Mone, P. (2005). *Fundamental of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

**POLA HERNIA INGUINALIS LATERALIS
DI RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO
PERIODE AGUSTUS 2012 – JULI 2014**

¹**Claudia G. Rawis**
²**Hilman P. Limpeleh**
²**Paul A. V. Wowiling**

¹Kandidat Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado,
²Bagian/SMF Bedah RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado
Email: claudiarawis@gmail.com

Abstract: Lateral inguinal hernia is a protrusion of the abdominal wall that occurs in the inguinal region adjacent to the lateral inferior epigastric vessels. This hernia can occur due to congenital or acquired causes. Approximately 80-90% of lateral inguinal hernia was found in men and 10% in women. This study aimed to determine the pattern of lateral inguinal hernia in Prof. Dr. R. D. Kandou Manado period August 2012 - July 2014. This was a retrospective descriptive study using secondary data of lateral inguinal hernia patients in the Prof. Dr. R. D. Kandou General Hospital Manado. The results showed that there were 146 lateral inguinal hernia patients in Prof. Dr. R. D. Kandou General Hospital Manado during the period August 2012 - July 2014. The most common age group was elderly (27.4%). Male sex was the majority of the lateral inguinal hernia patients (99.3%). Patients with the layout of the lateral inguinal hernia on the right were the most cases (60.3%). The type according to the progress of the hernia was reponible (74.0%). The most frequent management of the lateral inguinal hernia patients was herniotomy with the use of mesh (73.3%).

Keywords: hernia, pattern of lateral inguinal hernia

Abstrak: Hernia inguinalis lateralis adalah suatu penonjolan dinding perut yang terjadi di daerah inguinal sebelah lateral pembuluh epigastrika inferior. Penyebab hernia inguinalis lateralis yaitu kongenital atau karena sebab yang didapat. Sekitar 80-90% ditemukan pada laki-laki dan 10% pada perempuan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014. Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif menggunakan data sekunder pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Hasil penelitian memperlihatkan 146 pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado selama periode waktu tersebut. Kelompok umur tersering ialah manula atau >65 tahun (27,4%). Jenis kelamin laki-laki merupakan mayoritas (99,3%). Pasien hernia inguinalis lateralis dengan letak di sebelah kanan merupakan kasus terbanyak (60,3%). Jenis menurut perlangsungan hernia yang tersering ialah hernia inguinalis lateralis reponibel (74,0%). Penanganan hernia inguinalis lateralis yang paling sering dilakukan ialah herniotomi disertai penggunaan mesh (73,3%).

Kata kunci: hernia, pola hernia inguinalis lateralis

Peningkatan derajat ekonomi sangat memengaruhi gaya hidup sehari-hari, misalnya pola aktifitas dan pekerjaan disamping turut berdampak terhadap kesehatan antara lain terjadinya hernia.

Hampir 75% dari hernia abdominalis merupakan hernia inguinalis.^{1,2}

Hernia inguinalis dibagi menjadi hernia inguinalis lateralis dan hernia inguinalis medialis. Hernia inguinalis

lateralis ditemukan lebih banyak dua per tiga dari hernia inguinalis medialis. Hernia inguinalis lateralis mempunyai nama lain yaitu hernia *indirect* oleh karena keluar-nya tidak langsung menembus dinding abdomen. Hernia inguinalis lateralis adalah suatu penonjolan dinding perut yang terjadi di daerah inguinal disebelah lateral pembuluh epigastrika inferior. Penyebab terjadinya hernia inguinalis lateralis yaitu karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat.^{1,2}

Pada hernia inguinalis lateralis keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha yang timbul pada waktu mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat dan menghilang waktu istirahat baring. Sekitar 80-90% dari hernia inguinalis lateralis ditemukan pada laki-laki dan 10% pada perempuan. Lebih dari 750.000 pasien yang menjalani operasi per tahun di Amerika Serikat. Insidens hernia inguinalis lateralis yang mengalami inkarserata atau strangulata bervariasi 5-15% pada seluruh dunia. Hernia inguinalis inkarserata dan strangulata merupakan kasus akut abdomen yang harus segera ditangani oleh karena dapat memengaruhi morbiditas (19-30%) dan juga mortalitas (1,4-13,4%).^{3,4}

Pengobatan operatif merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis yang rasional. Indikasi operasi sudah ada saat diagnosis ditegakkan. Hernia inguinalis lateralis pada anak-anak harus diperbaiki secara operatif tanpa penundaan, karena adanya risiko komplikasi yang besar terutama inkarserata, strangulata, termasuk gangren saluran cerna (usus), testis, serta peningkatan risiko infeksi dan rekurensi yang mengikuti tindakan operatif.¹

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif dari data rekam medis (data sekunder) pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Subjek penelitian ialah semua data rekam medik pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014. Variabel penelitian yaitu umur, jenis kelamin, letak

hernia, jenis menurut perlangsungan hernia, dan penanganan.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan secara deskriptif retrospektif pada pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012-Juli 2014 didapatkan pasien hernia inguinalis lateralis sebanyak 146 pasien. Data diambil dari rekam medis berupa nama, umur, jenis kelamin, letak, jenis menurut perlangsungan hernia dan penanganan.

Tabel 1 menunjukkan dari total 146 pasien hernia inguinalis lateralis didapatkan pada bulan Agustus- Desember tahun 2012 sebanyak 35 pasien, tahun 2013 sebanyak 59 pasien dan bulan Januari-Juli tahun 2014 sebanyak 67 pasien (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014

Periode	Jumlah Pasien	%
Agustus - Desember 2012	35	24,0 %
2013	59	40,4 %
Januari - Juli 2014	52	35,6 %
Total	146	100,0

Dari data distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan umur didapatkan kelompok umur terbanyak yaitu manula/ diatas 65 tahun sebanyak 40 pasien (27,4%) (Tabel 2).

Data distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa hernia inguinalis lateralis paling sering terjadi pada laki-laki yaitu 145 pasien (99,3%) sedangkan pada perempuan hanya pada 1 orang pasien (0,7%) (Tabel 3).

Tabel 4 menunjukkan bahwa letak hernia inguinalis lateralis tersering yaitu di sebelah kanan dengan 88 pasien (60,3%), hernia inguinalis lateralis di sebelah kiri 56 pasien (38,4%) dan hernia inguinalis lateralis bilateral 2 pasien (1,4%).

Tabel 2. Distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan umur

Umur	Jumlah pasien	%
Balita (0-5 thn)	17	11,6
Kanak-kanak (5-11 thn)	6	4,1
Remaja Awal (12-16 thn)	-	0
Remaja Akhir (17-25 thn)	8	5,5
Dewasa Awal (26-35 thn)	12	8,2
Dewasa Akhir (36-45 thn)	11	7,5
Lansia Awal (46-55 thn)	21	14,4
Lansia Akhir (56-65 thn)	31	21,2
Manula (>65 thn)	40	27,4
Total	146	100,0 %

Tabel 3. Distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	%
Laki-laki	145	99,3
Perempuan	1	0,7
Total	146	100,0

Tabel 4. Distribusi letak hernia inguinalis lateralis

Letak	Jumlah Pasien	%
Kiri	56	38,4
Kanan	88	60,3
Bilateral	2	1,4
Total	146	100,0

Berdasarkan Tabel 5 didapatkan jenis menurut perlangsungan hernia terbanyak yaitu reponibel sebanyak 108 pasien (74,0%).

Tabel 6 menunjukkan bahwa pasien hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yang dioperasi sebanyak 139 pasien, dimana yang menjalani operasi herniotomi sebanyak 23

pasien (15,8%), herniotomi dengan hernioplasti sebanyak 9 pasien (6,2%), herniotomi dengan mesh sebanyak 107 pasien (73,3%), dan yang tidak dioperasi sebanyak 7 pasien (4,8%).

Tabel 5. Distribusi jenis menurut perlangsungan hernia

Jenis	Jumlah Pasien	%
Reponibel	108	74,0
Ireponibel	18	12,3
Inkarserata	7	4,8
Strangulata	13	8,9
Total	146	100,0

Tabel 6. Penanganan hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014

Penanganan	Jumlah Pasien	%
Herniotomi	23	15,8
Herniotomi + Hernioplasti	9	6,2
Herniotomi + Mesh	107	73,3
Tidak Operasi	7	4,8
Total	146	100,0

BAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan 146 pasien hernia inguinalis lateralis yang pernah dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012 – Juli 2014. Data diambil dari rekam medis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado berupa nama, umur, jenis kelamin, letak hernia, jenis menurut perlangsungan hernia, dan penanganan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pasien hernia inguinalis lateralis sebanyak 146 pasien dengan distribusi pada bulan Agustus-Desember tahun 2012 sebanyak 35 pasien (24,0%), tahun 2013 sebanyak 59 pasien (40,4%) dan bulan Januari-Juli tahun 2014 sebanyak 52 pasien (35,6%).

Dari data distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan umur didapatkan pasien hernia inguinalis lateralis

terbanyak pada kelompok umur >65 tahun yaitu sebanyak 40 pasien (27,4%). Penelitian yang dilakukan Ruhl dan Everhart pada tahun 2007 melaporkan bahwa kelompok umur dewasa memiliki angka kejadian terbanyak. Hasil penelitian ini diperkuat oleh teori Scott Kahan yang menyatakan bahwa penambahan usia berbanding lurus dengan tingkat kejadian hernia. Hernia inguinalis lateralis dapat terjadi pada semua umur, namun tersering pada usia antara 45-75 tahun.^{5,6}

Dari data distribusi pasien hernia inguinalis lateralis berdasarkan jenis kelamin didapatkan pasien laki-laki berjumlah 145 orang (99,3%) dan perempuan berjumlah 1 orang (0,7%). Data ini jelas menunjukkan bahwa hernia inguinalis lateralis lebih sering terjadi pada laki-laki. Hal ini ditunjang sesuai data kepustakaan yang menyatakan bahwa hernia inguinalis lateralis sering dijumpai pada laki-laki. Angka kejadian pada laki-laki 12 kali lebih sering dibanding perempuan. Prevalensi hernia inguinalis pada laki-laki dipengaruhi oleh umur. Menurut Linda A. dengan bertambahnya umur, dinding otot yang mempertahankan agar organ tubuh tetap pada tempatnya melemah dan mengendur sehingga mempercepat terjadinya hernia.^{2,7}

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis lateralis, antara lain: kelemahan aponeurosis dan fascia transversalis, proses vaginalis yang terbuka, tekanan intra abdomen yang tinggi secara kronik, hipertrofi prostat, konstipasi, ascites, kelemahan otot dinding perut karena usia, defisiensi otot, dan hancurnya jaringan penyambung oleh karena merokok, penuaan atau penyakit sistemik.⁸

Dari hasil penelitian, distribusi letak hernia inguinalis lateralis didapatkan letak di sebelah kiri sebanyak 56 pasien (38,4%), disebelah kanan sebanyak 88 pasien (60,3%) dan bilateral sebanyak 2 pasien (1,4%). Data ini menunjukkan bahwa letak hernia inguinalis lateralis terbanyak yaitu disebelah kanan. Hal yang sama juga dilaporkan pada penelitian yang dilakukan

di RSUP H. Adam Malik Medan, yaitu hernia inguinalis lateralis yang terletak disebelah kanan merupakan kasus terbanyak selama periode Juli 2008 -Juli 2010.⁹ Menurut teori kepustakaan, dijelaskan bahwa karena testis yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka. Hal yang sama juga dijelaskan oleh Malangoni dan Rosjen bahwa hernia inguinalis lateralis lebih sering terjadi di sebelah kanan karena penurunan testis sebelah kanan yang terjadi lebih lambat.¹⁰

Berdasarkan distribusi jenis menurut perlangsungan hernia (Tabel 5) didapatkan hernia inguinalis lateralis yang bersifat reponibel yang terbanyak yaitu 108 pasien (74,0%), ireponibel 18 pasien (12,3%), inkarserata 7 pasien (4,8%) dan strangulata 13 pasien (8,9%). Hernia reponibel yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk tetapi kantungnya menetap. Isinya tidak serta merta muncul secara spontan, namun terjadi bila terdapat gaya gravitasi atau tekanan intra abdominal yang meningkat. Usus keluar jika berdiri atau mengedang dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.¹

Pada Tabel 6 dapat dilihat data mengenai penanganan hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012-Juli 2014. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pasien hernia inguinalis lateralis yang menjalani operasi herniotomi dengan menggunakan mesh yang terbanyak yaitu 107 pasien (73,3%). Hal ini sesuai dengan sumber kepustakaan yaitu sekarang ini operasi herniotomi sering disertai dengan penggunaan mesh untuk menutup atau memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.¹¹

SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa pola hernia inguinalis lateralis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Agustus 2012-Juli 2014 menunjukkan kelompok umur

terbanyak yang menderita hernia inguinalis lateralis ialah manula (>65 tahun), jenis kelamin laki-laki merupakan mayoritas, hernia inguinalis lateralis dengan letak di sebelah kanan yang tersering, dan hernia inguinalis lateralis reponibel yang terbanyak. Penanganan hernia inguinalis lateralis yang paling sering dilakukan ialah herniotomi dengan penggunaan mesh.

SARAN

Perlu dilakukan perbaikan dalam hal penyimpanan dan penyusunan, serta kelengkapan data rekam medik pasien guna menunjang pendataan yang lengkap, akurat, dan informatif.

DAFTAR PUSTAKA

- 1. Rasjad C.** Hernia. In: Sjamsuhidayat R, Jong WD, editors. Buku Ajar Ilmu Bedah (Edisi ke-3). Jakarta: EGC, 2010; p. 619-29.
- 2. Townsend, Courtney M.** Hernias. Sabiston Textbook of Surgery (17th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004; p. 1199-217.
- 3. Aru W, Sudoyo.** Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III (Edisi V). Jakarta: Interna Publishing, 2009.
- 4. Sherman V, Macho JR, Brunnicardi FC.** Inguinalis hernias. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, et al, editors. Schwartz's Principles of Surgery (9th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, 2010; p. 1305-42.
- 5. Ruhl CE, Everhart JE.** Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *American Journal of Epidemiology*. 2007;165(10):1154-61.
- 6. Kahan S.** Buku Ajar Ilmu Bedah. Tagerang: Binarupa Aksara, 2011.
- 7. Linda A.** Buku Saku Keperawatan Pediatri (Edisi 5). Jakarta: EGC, 2009.
- 8. Jong WD.** Dinding perut, hernia, retroperitoneum, dan omentum. In: Sjamsuhidayat R, editor. Buku Ajar Ilmu Bedah. Jakarta: EGC, 2004; p. 519-37.
- 9. Napitupulu S.** Prevalensi hernia inguinalis pada anak di RSUP H. Adam Malik Medan periode Juli 2008 -Juli 2010. USU Institutional Repository.
- 10. Malangoni MA, Rosjen MJ.** Hernias. In: Townsend. Sabiston Textbook of Surgery (18th ed.). Saunders Elsevier, 2007.
- 11. Fitzgibbons RJ, Ahluwalia HS.** Inguinal hernia. *Schwartz Manual of Surgery* (8th ed.). USA: McGraw-Hills, 2006; p. 920-42.

EFEKTIVITAS MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA POST OPERASI HERNIA INGUINALIS

Uchi Wulan Sari, Edy Siswantoro, Puteri Indah Dwipayanti
Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Dian Husada Mojokerto
Email : uchiwulan.sari@gmail.com

ABSTRAK

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar . Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada pasien post operasi hernia inguinalis. Desain penelitian ini menggunakan metode *Quasi Experiment* dengan pendekatan *Posttest Only Control Group Design*. Metode sampling yang digunakan adalah *Consecutive sampling*, sampel yang diambil sebanyak 22 responden, 11 responden intervensi dan 11 responden kontrol. Variabel independen pada penelitian ini adalah mobilisasi dini, sedangkan variabel dependen adalah penyembuhan luka. Analisis menggunakan uji *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyembuhan luka dengan dilakukan mobilisasi dini pada kelompok intervensi mengalami penyembuhan luka baik hampir seluruhnya 90,9%. Pada penyembuhan luka tidak dilakukan mobilisasi dini pada kelompok kontrol didapatkan penyembuhan luka kurang baik sebagian besar 72,7%. Nilai signifikan $p = 0,008$ antara mobilisasi dini dengan penyembuhan luka. Kesimpulan dari penelitian ini adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi. Berdasarkan hasil penelitian ini, disarankan agar mobilisasi dini dilakukan pada post operasi hernia inguinalis untuk mempercepat proses penyembuhan luka, dimana mobilisasi dini bertujuan agar sirkulasi darah yang membawa nutrisi bisa adekuat terutama pada daerah yang luka.

Kata kunci : Mobilisasi Dini, Proses Penyembuhan Luka

PENDAHULUAN

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Kozier, 1995). Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan pada post operasi, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan. Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan (Ramadhan, 2009).

Menurut hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh Hananto,S pada tahun 2013 di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan pada 5 pasien post operasi hernia yang kontrol pada hari ke-7 di dapatkan 3 (60%) pasien post operasi hernia inguinalis mengalami penyembuhan luka yang abnormal, yakni keadaan luka yang tidak sesuai dengan fase, waktu, dan peristiwa penyembuhan luka, dan 2 (40%) pasien post operasi hernia inguinalis mengalami penyembuhan yang normal, yakni keadaan luka yang sesuai fase, waktu dan peristiwa penyembuhan luka. Menurut hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh Ichsan pada bulan Maret 2011 di Rumah Sakit dr.

Soedarso Pontianak Ruang Bedah Pria pada tahun 2009 ada 91 kasus post operasi hernia dari 524 kasus bedah umum yang mempunyai rentang perawatan yang lama dikarenakan tidak melakukan mobilisasi. Ada 1 kasus yang pulang dua hari setelah operasi dan satu kasus yang pulang pada hari ke tujuh belas. Rata-rata pasien yang pulang pada tahun 2009 adalah hari kelima. Sedangkan pada tahun 2010 terdapat 89 kasus post operasi dari 586 kasus bedah umum dengan 11 orang yang pulang pada hari kedua dan ada 1 orang yang pulang pada hari ke 20. Pada studi pendahuluan tanggal 3 Maret 2014 di dapatkan data pasien hernia pada tahun 2013 sebanyak 179 pasien, dan pada tanggal 3 Maret 2014 ada 2 pasien hernia yang penyembuhannya lambat dan melebihi fase penyembuhan luka.

Proses penyembuhan luka adalah suatu proses yang kompleks dengan melibatkan banyak sel yang terjadi maka perawatan post op dan adekuat akan mempengaruhi penyembuhan luka dan pemulihan kesehatan pasien. Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka yaitu dari usia, nutrisi, infeksi, sirkulasi, hematoma, tidak adanya benda asing, iskemia, keadaan luka dan obat. Flangan ,dkk (1997), berpendapat bahwa lambatnya penyembuhan luka pasca pembedahan karena penyebab lain dapat diatasi dengan perawatan atau pelaksanaan luka yang baik dan meningkatkan sirkulasi, nutrisi serta pengobatan yang adekuat dengan meningkatkan aktivitas fisik atau mobilisasi dini pasca bedah. Mobilisasi merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat penyembuhan atau pemulihan

luka pasca bedah. Penyembuhan luka yang tidak cepat diatasi bisa terjadi infeksi, perdarahan, *dehiscence*, dan *eviscerasi*.

Menurut Brunner dan Suddarth (1996), pasien pasca operasi diharapkan dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin. Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Manfaat dari mobilisasi tersebut untuk peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka, dan meningkatkan kelancaran fungsi ginjal (Long,1998). Perubahan gerakan dan posisi ini harus diterangkan pada pasien atau keluarga yang mendampingi. Pasien dan keluarga akan dapat mengetahui manfaat mobilisasi, sehingga akan berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi. Latihan mobilisasi biasanya diberikan pada pasien dengan fraktur extremitas bawah yang telah diindikasikan untuk latihan mobilisasi atau post pengobatan kompresi lumbal, pasien pasca serangan stroke dengan kerusakan mobilitas fisik serta pada pasien post operasi yang memerlukan latihan mobilisasi

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan pendekatan *posttest only control group design* dalam design ini terdapat dua kelompok yang masing-masing dipilih secara random. Kelompok pertama diberi perlakuan (X) dan kelompok yang lain tidak. Kelompok yang diberi perlakuan disebut kelompok eksperimen dan kelompok yang tidak diberi perlakuan disebut kelompok

kontrol. Pengaruh adanya perlakuan (*treatment*) adalah ($O_1 : O_2$). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien post operasi hernia inguinalis di ruang bedah RS Bedah Mitra Sehat Lamongan yang mempunyai kriteria inklusi bersedia menjadi responden, usia di atas 20 tahun, pasien dengan kasus hernia inguinalis yang di rawat di ruang bedah, pasien post operasi hernia hari ke 1. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu. Proses penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahap yaitu: 1) izin penelitian dari institusi Stikes Dian Husada Mojokerto, 2) izin penelitian dari RS Bedah Mitra Sehat Lamongan, Setelah mendapatkan izin dari RS Bedah Mitra Sehat Lamongan. Selanjutnya peneliti meminta izin kepada calon responden, apabila calon responden bersedia tentang tujuan yang dilakukan peneliti, maka peneliti melakukan tindakan mobilisasi dini pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol tidak diberi mobilisasi dini sesuai tahapan. Pada kelompok intervensi dilakukan mobilisasi selama 4 hari. Dan selanjutnya untuk hari terakhir peneliti mengobservai luka. Pada penelitian ini instrument yang digunakan yaitu lembar observasi mengenai percepatan penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis yang berjumlah 4 pernyataan. Penelitian ini dilakukan di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan. Analisa data yang diperoleh

selanjutnya diproses, dengan uji statistik “*Chi- Square*” dengan menggunakan SPSS

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik responden berdasarkan umur kelompok intervensi

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia kelompok intervensi di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Usia	Frekuensi	Prosentase
1	Usia 20-30 tahun	2	18,2%
2	Usia 31-40 tahun	1	9,1 %
3	Usia >40 tahun	8	72,7 %
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Berdasarkan tabel 1 di atas menunjukkan bahwa kelompok intervensi hampir setengahnya responden pada usia 20-30 tahun sebanyak 2 responden (18,2%), sebagian kecil responden pada usia 31-40 tahun sebanyak 1 responden (9,1%) dan sebagian besar responden pada usia >40 tahun sebanyak 8 responden (72,7%). Paling rentan responden post operasi hernia inguinalis berada pada usia >40 tahun.

2. Karakteristik responden berdasarkan umur kelompok kontrol

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia kelompok kontrol di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Usia	Frekuensi	Prosentase
1	Usia 20-30 tahun	1	9,1%
2	Usia 31-40 tahun	3	27,3%
3	Usia >40 tahun	7	63,6 %
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Berdasarkan tabel 2 di atas menunjukkan bahwa kelompok kontrol sebagian kecil responden pada usia 20-30 tahun sebanyak 1 responden (9,1%), sebagian kecil responden pada usia 31-40 tahun sebanyak 3 responden (27,3%) dan sebagian besar responden pada usia >40 tahun sebanyak 7 responden (63,6%). Paling rentan responden post operasi hernia inguinalis berada pada usia >40 tahun.

3. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin kelompok intervensi

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin kelompok intervensi di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
1	Laki-laki	11	100 %
2	Perempuan	0	0
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa dari 11 responden seluruhnya adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu 11 responden (100 %).

4. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin kelompok kontrol

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin kelompok kontrol di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
1	Laki-laki	11	100 %
2	Perempuan	0	0
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa dari 11 responden seluruhnya adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu 11 responden (100 %).

5. Penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis pada kelompok intervensi

Tabel 5 Distribusi frekuensi dilakukan mobilisasi dini pada penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Penyembuhan Luka	Frekuensi	Prosentase
1	Baik	10	90,9 %
2	Kurang baik	1	9,1 %
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Dari tabel 5 menggambarkan bahwa dari 11 responden hampir seluruhnya yang mengalami penyembuhan luka baik berjumlah 10 responden dengan prosentase 90,9 %, dan pada penyembuhan luka kurang baik sebagian kecil berjumlah 1 responden dengan prosentase 9,1 %. Pada penyembuhan luka post operasi dengan melakukan mobilisasi dini sebagian besar mengalami penyembuhan luka baik.

6. Penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis pada kelompok kontrol

Tabel 6 Distribusi frekuensi tidak dilakukan mobilisasi dini pada penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

No	Penyembuhan Luka	Frekuensi	Prosentase
1	Baik	3	27,3 %
2	Kurang baik	8	72,7 %
Jumlah		11	100 %

Sumber : data primer penelitian

Dari tabel di atas menggambarkan bahwa dari 11 responden hampir setengahnya yang mengalami penyembuhan luka baik berjumlah 3 responden dengan prosentase 27,3% dan pada penyembuhan luka kurang baik hampir seluruhnya berjumlah 8 responden dengan prosentase 72,7 %. Pada penyembuhan luka post operasi tidak melakukan mobilisasi dini hampir seluruhnya mengalami penyembuhan luka kurang baik.

7. Tabulasi silang mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka

Tabel 7 Tabulasi silang antara mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi hernia ingunalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

Perlakuan	Penyembuhan Luka				Total	Chi-Square	Keterangan
	Cepat		Lambat				
	N	%	N	%			
Mobilisasi	10	90,9%	1	9,09%	11	100%	0,008 Signifikan
Tdk Mobilisasi	3	27,3%	8	72,7%	11	100%	
	13	59,1%	9	40,9%	22	100%	

Sumber : data primer penelitian

Dari tabel di atas dapat disimpulkan responden yang dilakukan mobilisasi dini hampir seluruhnya 90,9% penyembuhan lukanya baik, sedangkan responden yang tidak dilakukan mobilisasi dini hampir setengahnya 27,27% penyembuhan luka kurang baik. Dari uji statistic *Chi-square test* di dapatkan nilai Signifikan atau *p value* = 0,008 (karena nilai *p value* < 0,05) dimana ada perbedaan antara dilakukan mobilisasi dini dan tidak dilakukan mobilisaasi dini maka H0 ditolak dan H1 diterima, yang artinya ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan.

PEMBAHASAN

1. Tingkat Penyembuhan Luka Dengan Dilakukan Mobilisasi Dini

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 11 responden yang dilakukan mobilisasi dini di dapatkan hampir seluruhnya 10 responden (90,9%) mempunyai penyembuhan luka yang baik dan sebagian kecil 1 responden (9,1%) mempunyai penyembuhan luka yang kurang baik.

Sesuai dengan teori Carpenito (2000), yang dikutip oleh Hutapea, 2013 bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Dimana tujuan dari mobilisasi dini menurut Garrison (2004) yaitu memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat proses penyembuhan luka. Dua proses utama

terjadi pada fase ini yaitu *hemostasis* dan *pagositosis*. *Hemostasis* (penghentian perdarahan) akibat fase konstriksi pembuluh darah besar di daerah luka, retraksi pembuluh darah, endapan fibrin (menghubungkan jaringan) dan pembentukan bekuan darah di daerah luka. Bekuan darah dibentuk oleh *platelet* yang menyiapkan matrik fibrin yang menjadi kerangka bagi pengambilan sel. *Scab* (keropeng) juga dibentuk dipermukaan luka. Bekuan dan jaringan mati, *scab* membantu hemostasis dan mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme. Dibawah *scab epithelial* sel berpindah dari luka ke tepi. *Epitelial* sel membantu sebagai barrier antara tubuh dengan lingkungan dan mencegah masuknya mikroorganisme.

Fase inflamatori juga memerlukan pembuluh darah dan respon seluler digunakan untuk mengangkat benda-benda

asing dan jaringan mati. Suplai darah yang meningkat ke jaringan membawa bahan-bahan dan nutrisi yang diperlukan pada proses penyembuhan. Selama sel berpindah lekosit (terutama neutropil) berpindah ke daerah interstitial. Tempat ini ditempati oleh *makrofag* yang keluar dari monosit selama lebih kurang 24 jam setelah cidera / luka. *Makrofag* ini menelan mikroorganisme dan sel debris melalui proses yang disebut fagositosis. *Makrofag* juga mengeluarkan faktor *angiogenesis* (AGF) yang merangsang pembentukan ujung epitel diakhir pembuluh darah. *Makrofag* dan AGF bersama-sama mempercepat proses penyembuhan.

Dari hasil penelitian didapatkan umur sebagian besar responden pada usia > 40 tahun. dan seluruhnya responden berjenis kelamin laki-laki., dalam penyembuhan luka dipengaruhi faktor salah satunya adalah usia, dimana usia mempengaruhi menurunnya system perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka, dan salah satunya juga dipengaruhi oleh vaskularisasi untuk peredaran darah agar mempercepat pertumbuhan atau perbaikan sel. Pada penyembuhan luka di dapatkan usia >40 tahun, dalam hal ini pada pasien >40 tahun dilakukan mobilisasi dini untuk sirkulasi darah pada luka bisa adekuat. Sehingga dalam tindakan mobilisasi dilakukan lebih dini pada post pembedahan hernia inguinalis akan berpengaruh pada sirkulasi termasuk di daerah pembedahan yang akan menjadi lancar, sirkulasi darah akan membawa nutrisi untuk proses

penyembuhan luka. Semakin dini mobilisasi yang dilakukan maka semakin baik proses penyembuhan luka.

2. Tingkat Penyembuhan Luka Yang Tidak Dilakukan Mobilisasi Dini

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 11 responden yang tidak dilakukan mobilisasi dini di dapatkan hampir setengahnya 3 responden (27,3%) mempunyai penyembuhan luka yang baik dan 8 responden sebagian besar (72,7%) mempunyai penyembuhan luka yang kurang baik.

Menurut Hidayat (2006) imobilisasi merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas) pada seseorang yang tidak melakukan mobilisasi (imobilisasi) akan mempengaruhi system tubuh dan akan mengalami perubahan dalam setiap system. Penyembuhan luka lambat di dapatkan pada kelompok control, dimana pada kelompok kontrol mobilisasi tidak dilakukan sedini mungkin. Sehingga sirkulasi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi ke daerah luka belum terpenuhi akibatnya perbaikan sel di daerah luka terhambat. Hal ini dikarenakan terhambatnya sel yang berpindah lekosit (terutama neutropil) berpindah ke daerah interstitial. Adapun leukosit berguna untuk memakan bakteri dan debris yang kecil, demikian juga monosit dipersiapkan menjadi makrofag yang akan membersihkan luka dari bakteri dengan cara fagositosis. Makrofag juga mencerna asam amino dan glukosa yang

dapat membantu dalam penyembuhan luka.

Dari hasil penelitian didapatkan umur sebagian besar responden pada usia > 40 tahun. dan seluruhnya responden berjenis kelamin laki-laki. Pada penyembuhan luka faktor yang mempengaruhi bisa dari sistemik dan lokal, untuk faktor sistemik bisa mempengaruhi salah satunya adalah usia, kemungkinan adanya proses degenerasi, tidak adekuatnya pemasukan makanan, menurunnya kekebalan. Dimana pada pasien post operasi mengalami keterbatasan dalam gerak akibat pembedahan, bila pasien post operasi tidak melakukan mobilisasi dini maka sirkulasi dalam luka tidak adekuat. Hal ini merupakan salah satu alasan yang menyebabkan skor proses penyembuhan luka pada kelompok kontrol lebih tinggi dari pada kelompok perlakuan yang lebih dini melakukan mobilisasi.

3. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Di RS Bedah Mitra Sehat Lamongan

Hasil penelitian didapatkan ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi (nilai $P=0,008$). Hal ini tentu juga dapat dilihat pada tabulasi silang, dengan dilakukan mobilisasi dini hampir seluruhnya 90,9% penyembuhannya baik dan sebagian kecil 9,09 penyembuhannya kurang baik.

Menurut Garrison (2004) tujuan dari mobilisasi dini yaitu memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka. Pada penyembuhan luka post operasi selain dipengaruhi oleh

faktor sistemik dan local. Penyembuhan luka juga bisa dipengaruhi adanya pergerakan dari luar (mobilisasi dini). Hal ini sesuai dengan teori jika dilakukan mobilisasi dini pada post operasi hernia inguinalis dapat mempercepat penyembuhan luka. Dimana dengan sirkulasi darah yang adekuat akan menjamin tersedianya suplai oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk proses penyembuhan luka. Selain itu, aliran darah yang adekuat juga berfungsi untuk membuang zat sisa, toksin, bakteri dan debris-debris yang terbentuk.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kesimpulan :

1. Pada pasien post operasi hernia inguinalis dengan dilakukan mobilisasi dini di RS Bedah Mitra sehat Lamongan seluruhnya mempunyai penyembuhan luka baik.
2. Pada pasien post operasi hernia inguinalis tidak dilakukan mobilisasi dini di RS Bedah Mitra sehat Lamongan sebagian besar mempunyai penyembuhan luka kurang baik.
3. Ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post operasi hernia inguinalis di RS Bedah Mitra sehat Lamongan.

SARAN

1. Lahan Penelitian

Diharapkan ada kebijakan pelaksanaan mobilisasi dini diterapkan pada semua pasien post pembedahan yang tidak mempunyai kontra indikasi,

yang bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

2. Responden

Diharapkan pada pasien post operasi hernia inguinalis bisa kooperatif dalam melakukan mobilisasi dini untuk mempercepat penyembuhan luka.

<http://www.wikipedia.com/keperawatan-luka-org.id>

Notoatmodjo, S, 2007, Promosi Kesehatan dan Aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta

Nova, Yayan, 2009, Hernia, Faculty of Medicine – University of Riau Pekanbaru, Riau 2009

Nursalam, 2008, Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta

DAFTAR PUSTAKA

Akhrita, Zetry, 2011, Penelitian Keperawatan Medikal Bedah, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas

Brunner & Suddarth, 2001, Keperawatan Medikal-Bedah, EGC, Jakarta

Dewi, Barriet, 2011, Konsep luka, Basic Nursing Department PSIK FIKES UMM

Feby, 2012, Hernia Inguinalis, diakses dari : <http://moff1234.wordpress.com/2012/06/11/askep-hernia-lengkap/>

Hayati, 2010, Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan luka pasca operasi, Fakultas Keperawatan Universitas Andalas

Hidayat, Alimul, 2006, Kebutuhan dasar manusia, Salemba Medika, Jakarta

Hutapea, 2013, Konsep Mobilisasi Dini, Universitas Sumatra Utara

Ismail, 2011, Penyembuhan Luka Perceptual Digital Imaging: Methods and Applications, Universitas Muhammadiyah Malang

Iwan A Suryadi, dkk, 2013, Penelitian Proses penyembuhan dan penanganan luka, Bagian/SMF Ilmu Penyakit Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

Kamarrullah, M, 2007, Perawatan Luka, diakses dari :

Oswari, E, 2000, Bedah dan perawatannya, FKUI, Jakarta

Pramudya, Yopalika, 2011, Luka post operasi, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Ramadhan, 2009, Membantu pasien bergerak (Mobilisasi), diakses dari : <http://wordpress.com/2009/01/19/membantu-pasien-bergerak-mobilisasi>

R. Sjahmuhidajat, Wim de Jong, 2004, Buku ajar ilmu bedah, EGC, Jakarta

Sariadi, 2004, Perawatan Luka, Sagung Seto, Jakarta

Saryono, 2008, Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien di ruang bedah, Rekatama, Jakarta

Schwartz, Seymour I, 2000, Intisari prinsip-prinsip ilmu bedah, EGC, Jakarta

Sugeng, 2012, Hernia Inguinalis, artikel Sugeng Medica Menjadi sehat dan sejahtera, <http://sugengmedica.wordpress.com/2012/03/09/hernia-inguinalis/>

Tenggara, Jeffry, 2008, Hernia Apa dan Bagaimana, sitasi tanggal 20 Desember 2013, <http://www.Dennysantoso.com>

Waqid, Nurul, 2007, Kebutuhan dasar manusia, EGC, Jakarta

PENGARUH PEMBERIAN MOBILISASI DINI TERHADAP PENYEMBUHAN LUKA PADA PASIEN POST HERNIATOMI INGUINALIS LATERALIS DI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA AMBON

Suardi Zurimi

(Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku; suardizurimi81@gmail.com)

ABSTRAK

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Dampak dari tindakan operatif ini sendiri adalah perlu adanya perawatan luka sehingga pasien perlu melakukan tirah baring ditempat tidur yang mengakibatkan pasien mengalami hambatan mobilisasi fisik disebabkan karena adanya luka *post* operasi. Bagaimana pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Post* Herniatomi Inguinalis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif* yang berbentuk studi kasus. Penelitian dilakukan mulai tanggal 12 - 16 April 2019 di ruangan melati RSUD Bhayangkara Ambon dengan subjek penelitian pasien Tn.D dengan *post* herniatomi inguinalis lateralis. Hasil pengkajian didapatkan data subjektif : pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri akut dan kelemahan akibat adanya luka *post* operasi, Data Objektif : Terpasang kateter, adanya luka operasi pada perut pasien dengan panjang : \pm 10 cm, lebar luka: 1 cm, warna luka kemerahan, kondisi jahitan: baik, luka kering, jumlah jahitan 10, Ekstremitas bawah, kaki kanan dan kiri mengalami pergerakan terbatas, kekuatan otot : ekstremitas kanan atas 5, kiri atas 5, ekstremitas kanan bawah 4 dan kiri bawah 4, Kebutuhan ADL pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga. Setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini selama 4 hari perawatan selama proses perawatan *post* herniatomi ada pengaruh terhadap penyembuhan luka *post* herniatomi kering dan sembuh dan hambatan mobilisasi dini teratasi.

Kata kunci: *Post* herniatomi, Mobilisasi dini

PENDAHULUAN**Latar Belakang**

Masalah kesehatan terus berkembang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta masyarakat yang dinamis, semakin memacu tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan kuantitatif dan pelayanan dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Walaupun pengetahuan semakin berkembang bisa saja dalam menangani suatu penyakit tidak begitu efisien, terutama dengan pasien *post* operasi harus memerlukan penanganan yang kompeten. Pada pasien *post* herniatomi memerlukan perawatan yang maksimal demi mempercepat proses kesembuhan luka pasca bedah bahkan penyembuhan fisik pasien itu sendiri, pengembalian fungsi fisik pasien *post* herniatomi dilakukan setelah operasi dengan latihan mobilisasi dini (Kemenkes, 2016).

Hernia adalah tonjolan yang timbul apabila pasien menangis, mengejan atau berdiri dan biasanya menghilang secara spontan bila pasien dalam keadaan istirahat atau terlentang. Hernia Inguinalis merupakan permasalahan yang bisa ditemukan dalam kasus bedah. Kasus kegawatandaruratan dapat terjadi apabila hernia inguinalis bersifat *stragulasi* (ireporibel disertai gangguan pasase) dan *inkarserasi* (ireporibel disertai gangguan vascularisasi). *Inkarserasi* merupakan penyebab obstruksi usus nomor satu dan tindakan operasi darurat nomor dua setelah apendecitis akut di Indonesia (Sjamsuhidajat, 2010).

Angka kejadian hernia inguinalis (medialis/direk dan lateralis/indirek) 10 kali lebih banyak daripada hernia femoralis dan keduanya mempunyai presentase sekitar 75-80% dari seluruh jenis hernia, hernia insisional 10%, hernia ventralis 10%, hernia umblikalis 3% dan hernia lainnya sekitar 10%. Secara umum, kejadian hernia inguinalis lebih banyak diderita oleh laki-laki daripada perempuan dimana angka perbandingan kejadian hernia inguinalis 13,9 % pada laki-laki dan 2,1 % pada perempuan (Sjamsuhidajat, 2010).

World Health Organization (WHO), mengemukakan bahwa pasien dengan Hernia Inguinalis Lateralis pada tahun 2013 rata-rata 35% dari orang dewasa berumur diatas 20 tahun di dunia mempunyai kategori overweight dan 11% obesitas dan wilayah Asia Tenggara 14% overweight dan 3% obesitas (WHO, 2013)

Amin dan Kusuma (2015), menjelaskan bahwa kasus *hernia* hanya dapat ditangani dengan cara operasi. Ini merupakan satu-satunya tindakan operatif penanganan medis *hernia inguinalis* yang rasional. Dampak dari tindakan operatif ini sendiri adalah perlu adanya perawatan luka sehingga

pasien perlu melakukan tirah baring ditempat tidur yang mengakibatkan pasien mengalami hambatan mobilisasi fisik disebabkan karena adanya luka *post* operasi. Dalam masa hospitalisasi, pasien sering memilih untuk tetap ditempat tidur sepanjang hari, meskipun kondisi mereka mungkin membolehkan untuk melakukan aktifitas atau pergerakan lain. Banyak pasien dirumah sakit yang harus menjalani imobilisasi, apakah tirah baring karena terapi atau karena penyakit yang diderita. Salah satunya adalah pasien yang menjalani prosedur operasi. Padahal hampir semua jenis pembedahan setelah 24-48 jam pertama pasca bedah, pasien dianjurkan untuk segera meninggalkan tempat tidur atau melakukan mobilisasi dini (Kozier, 2005).

Kozier (2005), menjelaskan mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat dan penting untuk kemandirian. Mobilisasi fisik merupakan suatu keadaan dimana tubuh mampu beradaptasi dengan kondisi yang di alami seseorang dan mobilisasi fisik dilakukan dengan *range of motion*.

Mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Padahal tidak sepenuhnya masalah ini perlu dikhawatirkan pada *post* operasi, bahkan justru hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin asalkan rasa nyeri dapat ditahan dan keseimbangan tubuh tidak lagi menjadi gangguan. Kebanyakan dari pasien masih mempunyai kekhawatiran kalau tubuh digerakkan pada posisi tertentu pasca pembedahan akan mempengaruhi luka operasi yang masih belum sembuh yang baru saja selesai dikerjakan (Ramadhan, 2009).

Data awal yang penulis dapatkan dari Rekam Medik Rumah Sakit Bhayangkara Ambon Tahun 2016 - 2018, dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Prevalensi *post* herniatomi inguinalis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon tahun 2016-2018

No	Tahun	Post Herniatomi		Jumlah	Persentase
		L	%		
1	2016	28	100	28	100
2	2017	39	100	39	100
3	2018	40	100	30	100

Sumber: Rekam Medik Rumah Sakit Bhayangkara Ambon, 2018

Dilihat dari data tiga tahun terakhir diatas menunjukkan rata-rata tahun pertama dan ketiga mengalami penurunan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya keinginan dan motivasi dari pasien dan keluarga untuk datang melakukan pengobatan di pusat pelayanan kesehatan terdekat dengan lokasi tempat tinggalnya.

Selain data angka kejadian dari Rekam Medik Rumah Sakit Bhayangkara Ambon yang penulis dapatkan diatas. Pada tanggal 15 Desember 2018 penulis melakukan wawancara dengan Kepala Ruang Mutiara yang menjelaskan sebagian besar pasien dengan *Post* Herniatomi Inguinalis Lateralis setelah belum mengetahui pengaruh mobilisasi setelah dilakukan tindakan pembedahan, hal ini disebabkan karena pasien mengungkapkan masih rasa takut terhadap luka jahitan operasi yang masih baru dan selain itu juga hasil observasi penulis terhadap pasien *Post* Herniatomi Inguinalis Lateralis yang dirawat di ruangan mutiara dalam pemberian tindakan mobilisasi belum dilakukan secara maksimal oleh perawat karena RSUD Bhayangkara Ambon belum adanya standar operasional prosedur yang baku dalam pemberian mobilisasi pasca bedah sehingga proses mobilisasi dini tidak dilakukan secara maksimal yang pada akhirnya dapat mempengaruhi proses penyembuhan selama pasca bedah herniatomi pada pasien dengan Hernia Inguinalis Lateralis.

Selain itu, pengalaman penulis selama melakukan pembedahan pasien dengan Hernia Inguinalis Lateralis di Ruang Operasi Rumah Sakit Bhayangkara bahwa proses mobilisasi dini *post* herniatomi dipengaruhi juga karena efek anastesi yang diberikan pada pasien sebelum dilakukan pembedahan dimana tindakan pembedahan pada pasien *post* herniatomi tanpa komplikasi rata-rata pasien setelah operasi 6 jam kemudian dapat bergerak badan seperti miring ke kiri dan ke kanan, tetapi belum bisa mengangkat kepala karena efek obat anastesi yang diberikan nanti setelah 1 x 24 jam baru pasien dianjurkan mengangkat kepala dan diperbolehkan untuk duduk di atas tempat tidur, kemudian pada *post* operasi hari kedua pasien sudah dapat diperbolehkan mobilisasi dini seperti turun dari tempat tidur dan bisa jalan semial mungkin secara bertahap. Bila tidak dilakukan mobilisasi dini hal ini yang mengakibatkan terjadinya gangguan pergerakan sehingga aktivitas sehari-hari dapat terganggu.

Beberapa hasil penelitian yang dilakukan tentang mobilisasi pada pasien dengan *Post* Herniatomi Inguinalis Lateralis, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Hananto (2013) di RS Bedah Mitra

Sehat Lamongan pada 5 pasien *post* operasi hernia yang kontrol pada hari ke-7 didapatkan 3 (60%) pasien *post* herniatiomi inguinalis mengalami penyembuhan luka yang abnormal, yakni keadaan luka yang tidak sesuai dengan fase, waktu, dan peristiwa penyembuhan luka dan 2 (40%) pasien *post* operasi hernia inguinalis mengalami penyembuhan yang normal, yakni keadaan luka yang sesuai fase, waktu dan peristiwa penyembuhan luka. Selain itu, hasil penelitian Ichsan (2015) di Rumah Sakit dr. Soedarso Pontianak di Ruang Bedah Pria ada terdapat 91 kasus *post* herniatiomi dari 524 kasus bedah umum yang mempunyai rentang perawatan yang lama dikarenakan tidak melakukan mobilisasi pasca perawatan *post* herniatiomi.

Hasil penelitian sebelumnya sejalan dengan pendapat Flangan (2010) di RSUD dr. Soetomo Surabaya berpendapat bahwa lambatnya penyembuhan luka pasca pembedahan dikarenakan kurangnya mobilisasi pasien itu sendiri, padahal mobilisasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam mempercepat penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah.

Bruner dan Suddart (2001), menjelaskan pasien pasca operasi diharapkan dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin. Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Manfaat dari mobilisasi tersebut untuk peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri. Bila tidak dilakukan mobilisasi hal ini yang mengakibatkan terjadinya gangguan pergerakan sehingga aktivitas sehari-hari dapat terganggu. Kondisi yang seperti ini mengharuskan adanya asuhan keperawatan yang tepat agar dapat mencapai kesehatan yang optimal serta untuk menghindari komplikasi pada pasien dengan *post* operasi hernia.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Post* Herniatiomi Inguinalis Lateralis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon”

Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana Pengaruh Pemberian Mobilisasi Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Post* Herniatiomi Inguinalis Lateralis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon?”.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan Untuk memberikan gambaran tentang Pengaruh Pemberian Mobilisasi Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Post* Herniatiomi Inguinalis Lateralis di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon.

METODE PENELITIAN

Rancangan studi kasus ini menggunakan desain *deskriptif* dengan pendekatan asuhan keperawatan pemberian mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada pasien *post* herniatiomi inguinalis lateralis melalui pendekatan secara *komprehensif* dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan Subjek penelitian ini adalah klien dengan *Post* Herniatiomi Inguinalis Lateralis sebanyak 1 (satu) orang yang Ruang Mutiara Rumah Sakit Umum Bhayangkara Ambon dengan kriteria Subjek sebagai Pasien terdiagnosa Hernia Inguinalis Lateralis yang telah dilakukan pembedahan / *post* herniatiomi.

HASIL PENELITIAN

Penulis akan membahas satu masalah keperawatan yang menjadi fokus studi dalam studi kasus ini yaitu hambatan mobilitas fisik pada Tn. D dengan *Post* Herniatiomi Inguinalis Lateralis diruangan mutiara RSU Bhayangkara Ambon mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta akan dibahas juga kesenjangan antara kasus yang dikelola di rumah sakit dengan konsep teori.

Pengkajian

Pasien Tn. D berjenis kelamin laki-laki dan berusia 56 tahun. Hal tersebut sama kaitannya dengan pendapat dari Nuari (2015), bahwa hernia inguinalis lateralis presentasinya lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan dengan wanita dikarenakan faktor penyebab seperti mengangkat beban berat, berperan pada pembukaan pintu masuk hernia pada *annulus internus* yang cukup lebar, sehingga

dapat dilalui oleh kantung dan isi hernia. Disamping itu disebabkan pula oleh faktor lain seperti obesitas yang dapat mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar tersebut.

Amin dan Kusuma (2015) juga menjelaskan bahwa kasus *hernia* hanya dapat ditangani dengan cara operasi. Ini merupakan satu-satunya tindakan operatif penanganan medis *hernia inguinalis* yang rasional. Dampak dari tindakan operatif ini sendiri adalah perlu adanya perawatan luka sehingga pasien perlu melakukan tirah baring ditempat tidur yang mengakibatkan pasien mengalami hambatan mobilisasi fisik disebabkan karena adanya luka *post* operasi.

Saat dilakukan pengkajian pada pasien Tn. D yang mengalami hambatan mobilisasi fisik karena adanya luka *post* operasi didapatkan data keluhan utama pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri akut dan kelemahan akibat adanya luka *post* operasi serta belum dapat menggerakkan kakinya karena masih terdapat luka *post* herniatomi. Hal ini sejalan dengan pendapat dengan Mutaqin (2011) mengatakan bahwa keluhan utama pasien dengan *post herniatomi* adalah saat dikaji pasien *post* operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi dan keterbatasan aktivitas. Hasil penelitian Flangan (2010) di RSUD dr. Soetomo Surabaya berpendapat bahwa lambatnya penyembuhan luka pasca pembedahan dikarenakan kurangnya mobilisasi pasien itu sendiri, padahal mobilisasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam mempercepat penyembuhan atau pemulihan luka pasca bedah.

Hasil penelitian yang telah diuraikan sejalan dengan pendapat Bruner dan Suddart (2001), menjelaskan pasien pasca operasi diharapkan dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin. Mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Manfaat dari mobilisasi tersebut untuk peningkatan sirkulasi darah yang dapat menyebabkan pengurangan rasa nyeri. Bila tidak dilakukan mobilisasi hal ini yang mengakibatkan terjadinya gangguan pergerakan sehingga aktivitas sehari-hari dapat terganggu.

Diagnosa Keperawatan

Zulkahfi (2015), menjelaskan bahwa perumusan diagnosa keperawatan dapat diarahkan kepada sasaran individu dan atau keluarga. Komponen diagnosa keperawatan yang meliputi masalah (problem), penyebab (etiology), dan tanda (sign). Diagnosa keperawatan sampai saat ini masih menggunakan daftar diagnosa keperawatan yang di buat oleh asosiasi perawat Amerika (NANDA) yang meliputi masalah aktual, resiko, resiko tinggi, dan potensial.

Prioritas masalah yang muncul pada pasien Tn. D adalah hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan luka *post* herniatomi. Masalah ini sesuai dengan fokus studi dalam penyusunan laporan kasus. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. D dengan *post Herniatomi* sesuai dengan Nanda NIC-NOC dalam Amin & Kusuma (2015) yaitu hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan luka *post* herniatomi, selain itu juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Ichsan (2015) di Rumah Sakit dr. Soedarso Pontianak di Ruang Bedah Pria ada terdapat 91 kasus *post* herniatomi dari 524 kasus bedah umum yang mempunyai rentang perawatan yang lama sehingga tidak dapat melakukan mobilisasi pasca perawatan *post* herniatomi.

Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauhmana perawat mampu menetapkan cara penyelesaian masalah dengan efektif dan efisien (Nanda NIC-NOC, 2015).

Kriteria hasil dari tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan *post herniatomi inguinalis lateralis* disusun sesuai dengan NOC (*Nursing outcome classification*) yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x24 jam hambatan mobilisasi fisik pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil: pasien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien Tn. D sesuai dengan NIC (Nursing Interventions Classification) yaitu: 1) kaji kemampuan pasien untuk ambulasi; 2) Anjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap; 3) Melatih pasien dalam pemenuhan kemampuan ADL secara mandiri sesuai kemampuan; 4) Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi serta membantu penuhi kebutuhan ADL pasien; 5) Memberikan alat bantu bila pasien memerlukan; 6) Menganjurkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan; 7) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. Selain rencana intervensi yang mengacu pada NIC (Nursing Interventions Classification) penulis juga menerapkan

standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini yang difokuskan pada pemberian mobilisasi dini secara bertahap pada pasien Tn. D yang diawali dengan mobilisasi ringan mulai dari menggerakkan kedua kaki di atas tempat tidur, duduk dan berstandar ditempat tidur, duduk dan menggantungkan kedua kaki diatas tempat tidur, berjalan dan melangkah secara bertahap untuk melakukan mobilisasi dengan tujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan pemulihan post herniatomi.

Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah melaksanakan tindakan yang ada direncana tindakan keperawatan. Pengkajian kembali terjadi bersamaan dengan fase implementasi proses keperawatan, hasil yang diharapkan selama fase perencanaan berfungsi sebagai kriteria untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan perbaikan status kesehatan. Fase implementasi berakhir dengan dokumentasi tindakan keperawatan dan respon pasien (Kozier, 2010).

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. D pada tanggal 12 April 2019 disesuaikan dengan rencana keperawatan dan standar operasional prosedur mobilisasi dini yang telah disusun dimana jam 14.00 WIT pasien sudah berada di kamar perawatan dalam posisi tirah baring, selanjutnya penulis menjelaskan tujuan dan manfaat mobilisasi dini pada pasien Tn. D yang telah selesai dilakukan tindakan *post* herniatomi, pasien mengerti apa yang telah disampaikan dan bersedia melakukan mobilisasi dini secara bertahap walaupun sering terasa nyeri saat menggerakkan anggota tubuhnya, selanjutnya pada Jam 17.00 WIT saat dikaji pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan anggota tangan dan keduanya kakinya diatas tempat tidur, Hal ini sesuai dengan pendapat Kasdu (2014), menjelaskan bahwa setelah operasi, pada 6-8 jam pertama pasien harus tirah baring dahulu, pergerakan fisik diatas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kakinya dan itu terjadi pada Tn. D masih terbaring diatas tempat tidur.

Pada tanggal 13 April 2019 jam 08.00 WIT hari kedua perawatan *post* herniatomi penulis melakukan prosedur mobilisasi dini yang dimulai dari mengkaji kemampuan pasien untuk ambulasi dimana pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya secara bertahap sesuai kemampuan, menganjurkan pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap hasilnya pasien dapat melakukan aktifitas ringan dengan duduk diatas tempat tidur dengan kaki disejajarkan di permukaan tempat tidur sambil badan bersandar penyangga bagian kepala tempat tidur, melatih pasien dalam pemenuhan kemampuan ADL (*Activity Dailing Living*) secara mandiri sesuai kemampuan hasilnya pasien sudah dapat melakukan aktifitas ringan seperti makan dan minum sudah tidak dibantu, mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi serta membantu penuhi kebutuhan ADL pasien hasilnya pasien dapat menggerakkan anggota tubuh pasien secara bertahap dengan bersandar di tempat tidur sambil badan bersandar penyangga bagian kepala tempat tidur, menganjurkan pasien bagaimana merubah posisi dan memberikan bantuan jika diperlukan hasilnya pasien dapat duduk bersandar di tempat tidur sambil badan bersandar penyangga bagian kepala.

Setelah dilakukan prosedur pemberian tindakan mobilisasi dini didapatkan respon subjektif Pasien mengatakan sudah dapat menggerakkan kakinya secara bertahap sesuai kemampuan didapatkan data objektif yaitu pasien tampak rileks, pasien dapat melakukan aktifitas ringan dengan duduk diatas tempat tidur, terpasang kateter, aktifitas makan dan minum sudah tidak dibantu, terdapat balutan luka *post* operasi. Hal ini sesuai dengan pendapat Kasdu (2014), menjelaskan bahwa Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk hal ini terjadi juga pada Tn.D dimana pada hari kedua *post* operasi pasien sudah dapat melakukan aktifitas ringan dengan duduk diatas tempat tidur.

Pada tanggal 14 April 2019 jam 08.00 WIT hari ketiga perawatan *post* herniatomi penulis melakukan prosedur mobilisasi dini pada pasien Tn. D dimana hasil evaluasi respon subjektif yaitu pasien mengatakan sudah dapat duduk dan menggantungkan kedua kakinya diatas tempat tidur serta didapatkan data objektif yaitu pasien tampak rileks, pasien dapat melakukan aktifitas ringan dengan menggantungkan kedua kakinya diatas tempat tidur, kekuatan otot ekstremitas bawah kiri dan kanan 5, terpasang kateter, aktifitas makan dan minum sudah tidak dibantu, terdapat balutan luka *post* operasi

Pada tanggal 15 April 2019 jam 08.00 WIT hari keempat perawatan *post* herniatomi penulis melakukan prosedur mobilisasi dini pada pasien Tn. D. Hasil evaluasi respon subjektif yaitu pasien mengatakan sudah dapat berjalan 2-3 langkah serta didapatkan data objektif yaitu pasien tampak rileks, pasien sudah dapat melakukan aktifitas dengan berjalan di area kamar perawatan tanpa dibantu, aff kateter, luka *post* operasi sudah kering dan bersih.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tindakan prosedur pemberian mobilisasi dini pada pasien Tn. D dengan *post* herniatomi sangat membantu dan mempercepat proses penyembuhan

luka, hal ini sejalan dengan pendapat Bruner dan Suddart (2001), menjelaskan bahwa pasien pasca operasi diharapkan dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin dengan mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien, bila tidak dilakukan mobilisasi hal ini akan mengakibatkan terjadinya gangguan pergerakan sehingga aktivitas sehari-hari dapat terganggu, pendapat tersebut juga sesuai dengan hasil penelitian Wulan Sari (2017) di Rumah Sakit Bedah Mitra Sehat Lamongan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka post herniatomi inguinalis lateralis.

Evaluasi Keperawatan

Rohmah dan Walid (2012), mengemukakan evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Bila hasil evaluasi menunjukkan tidak berhasil atau berhasil sebagian, perlu disusun rencana keperawatan yang baru. Perlu diperhatikan juga bahwa evaluasi perlu dilakukan beberapa kali dengan melibatkan keluarga sehingga perlu pula direncanakan waktu yang sesuai dengan kesediaan keluarga (Zulkahfi, 2015).

Berdasarkan perkembangan kondisi pasien selama empat hari dari tanggal 12 sampai dengan 16 April 2019 didapatkan data pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktifitas fisik secara mandiri dan dapat berjalan dengan baik, pasien tampak rileks, kekuatan otot ekstremitas bawah kiri dan kanan kembali normal (nilai = 5), luka *post* herniatomi sudah kering, bersih dan membaik, aktifitas fisik pasien mandiri tanpa dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien sudah dapat berjalan secara mandiri.

Berdasarkan standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini yang telah dilakukan, penulis mengevaluasi sesuai dengan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan luka *post* herniatomi, dapat disimpulkan bahwa masalah hambatan mobilisasi fisik dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Pada tanggal 16 April 2019 masalah hambatan mobilisasi fisik pada pasien Tn.D selama 4 hari dilakukan mobilisasi dini sudah dapat teratasi . Hal ini dapat dilihat dari kondisi pasien yang mengatakan sudah dapat melakukan aktifitas fisik secara mandiri dan dapat berjalan dengan baik.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien Tn. D dengan *Post* Herniatomi Inguinalis Lateralis di Ruang Melati RSUD Bhayangkara Ambon, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada saat dilakukan pengkajian pada pasien Tn. D, maka didapatkan data yaitu Tn. D mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri akut dan kelemahan akibat adanya luka *post* operasi, kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri akut dan kelemahan akibat adanya luka *post* operasi, terpasang kateter, adanya luka operasi pada perut pasien dengan panjang: \pm 10 cm, lebar luka: 1 cm, warna luka kemerahan, kondisi jahitan: baik, luka kering, jumlah jahitan 10, ekstremitas bawah, kaki sebelah kanan dan kiri mengalami pergerakan terbatas karena terdapat luka *post* herniatomi, inguinalis lateralis, pemeriksaan uji genometri terhadap kekuatan otot: pemeriksaan ektrimitas kanan atas 5, kiri atas 5, ekstremitas kanan bawah 4 dan kiri bawah 4, Kebutuhan ADL pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga, Hal ini sejalan dengan pendapat dengan Mutaqin (2011) mengatakan bahwa keluhan utama pasien dengan *post herniatomi* adalah saat dikaji pasien *post* operasi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi dan keterbatasan aktivitas
2. Didalam penelitian, penulis mendapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. D yaitu hambatan mobilisasi dini berhubungan dengan luka *post* herniatomi dimana diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. D dengan *post Herniatomi* sesuai dengan Nanda NIC-NOC dalam Amin & Kusuma (2015).
3. Didalam penelitian ini, perencanaan yang dibuat penulis dengan tujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pemberian mobilisasi dini untuk mempercepat proses penyembuhan luka *post* herniatomi. rencana intervensi yang dilakukan mengacu pada NIC (Nursing Interventions Classification) selain itu juga penulis menerapkan standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini yang difokuskan pada pemberian mobilisasi dini secara bertahap pada pasien Tn. D selama masa perawatan di Rumah Sakit Umum Bhayangkara Ambon.
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pemberian mobilisasi dini pada pasien Tn. D mengacu pada rencana yang telah disusun dan standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini serta adanya partisipasi dari keluarga pasien dalam proses pemberian mobilisasi dini selama proses

- perawatan *post* herniatomi menunjukkan ada perubahan terhadap penyembuhan luka *post* herniatomi kepada pasien semakin cepat kering dan sembuh.
5. Evaluasi yang didapatkan pada pasien Tn. D dimana standar operasional prosedur pemberian mobilisasi dini yang telah dilakukan selama 4 hari perawatan, penulis mengevaluasi sesuai dengan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan luka *post* herniatomi, dapat disimpulkan bahwa masalah hambatan mobilisasi fisik pada hari keempat sudah dapat teratasi sehingga ada pengaruh pemberian pemberian mobilisasi dini terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien *Post* Herniatomi Inguinalis Lateralis Di Rumah Sakit Bhayangkara Ambon

DAFTAR PUSTAKA

- Akhrita, Zetry, 2011, Penelitian Keperawatan Medikal Bedah, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
- Brunner & Suddarth, 2001, Keperawatan Medikal-Bedah, EGC, Jakarta
- Dewi, Barriet, 2011, Konsep luka, Basic Nursing Department PSIK FIKES UMM
- Feby, 2012, Hernia Inguinalis, diakses dari : <http://moff1234.wordpress.com/2012/06/11/askep-hernia-lengkap/>
- Hayati, 2010, Faktor-faktor yang berhubungan dengan penyembuhan diakses dari : luka pasca operasi, Fakultas Keperawatan Universitas Andalas
- Hidayat, Alimul, 2006, Kebutuhan dasar manusia, Salemba Medika, Jakarta
- Hutapea, 2013, Konsep Mobilisasi Dini, Universtias Sumatra Utara
- Ismail, 2011, Penyembuhan Luka Perceptual Digital Imaging: Methods and Applications, Universitas Muhammadiyah Malang
<http://wordpress.com/2009/01/19/membantu-pasien-bergerak-mobilisasi>
<http://sugengmedica.wordpress.com/2012/03/09/hernia-inguinalis/Tenggara>,
- Iwan A Suryadi, dkk, 2013, Penelitian Proses penyembuhan dan penanganan luka, Bagian/SMF Ilmu Penyakit Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar
- Jeffry, 2008, Hernia Apa dan Bagaimana, sitasi tanggal 20 Desember 2013, <http://www.Dennysantoso.com>
- Kasdu 2013, Tahapan – tahapan mobilisasi diakses dari : <http://moff1234.wordpress.com/2012/06/11/askep-hernia-lengkap/>
- Kemenkes 2016, Buletin majalah kesehatan, BPPSDM Kesehatan Republik Indonesia.
- Kamarrullah, M, 2007, Perawatan Luka, diakses dari <http://www.wikipedia.com/keperawatanluka-org.id>
- Notoatmodjo, S, 2007, Promosi Kesehatan dan Aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta
- Nova, Yayan, 2009, Hernia, Faculty of Medicine – University of Riau Pekanbaru, Riau
- Nursalam, 2008, Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta
- Oswari, E, 2000, Bedah dan perawatannya, FKUI, Jakarta
- Pramudya, Yopalika, 2011, Luka post operasi, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
- Ramadhan, 2009, Membantu pasien bergerak (Mobilisasi)
- R. Sjamsuhidajat, Wim de Jong, 2004, Buku ajar ilmu bedah, EGC, Jakarta
- Sariadi, 2004, Perawatan Luka, Sagung Seto, Jakarta
- Saryono, 2008, Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien di ruang bedah, Rekatama, Jakarta
- Schwartz, Seymour I, 2000, Intisari prinsip prinsip ilmu bedah, EGC, Jakarta
- Sugeng, 2012, Hernia Inguinalis, artikel Sugeng Medica Menjadi sehat dan sejahtera,
- Waqid, Nurul, 2007, Kebutuhan dasar manusia, EGC, Jakarta

HUBUNGAN TINGKAT AKTIFITAS DENGAN HERNIA DI RS ISLAM ARAFAH REMBANG

Umi Faridah^{a*}, Dewi Hartinah^a, Nuning Nindiauwaty^a
umifaridah@umkudus.ac.id

Abstrak

Latar Belakang : Hernia merupakan kasus bedah digestif terbanyak setelah apendisitis. Hernia merupakan penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Menurut sifatnya hernia terbagi menjadi hernia reponibel, non reponibel, obstruksi dan strangulata. Faktor resiko terjadinya hernia antara lain usia, obesitas, jenis kelamin, batuk kronis, lahir prematur, jenis pekerjaan dan tingkat aktifitas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara tingkat aktifitas dengan kejadian hernia. Metode : metode penelitian korelasi dengan metode cross sectional menggunakan teknik purposive sampling yang dianalisis dengan uji chi-square dengan tingkat kemaknaan 95% yang meliputi analisis univariat dan bivariate terhadap variabel tingkat aktifitas di RSI Arafah Rembang tahun 2018. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 31 sampel rekam medis pada periode Januari-september 2018. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan cara purposive sampling. Hasil : hasil analisis bivariate variabel tingkat aktifitas ($p=0,011$). Kesimpulan : terdapat hubungan antara tingkat aktifitas pada kejadian hernia di RSI Arafah Rembang tahun 2018

Kata kunci : hernia, tingkat aktifitas

Abstract

Background : Hernias are the most frequent cases of digestive surgery after appendicitis. Hernias are protrusions of the contents of a cavity through a defect or a weak part of the wall of the cavity concerned. Hernias consist of rings, pockets and hernia contents. By its nature the hernia is divided into reponible, non reponible hernias, obstruction and strangulation. Risk factors for hernia include age, obesity, gender, chronic cough, premature birth, type of work and level of activity. This study aims to analyze the relationship between the level of activity with the incidence of hernias. Method : correlation research method with cross sectional method using purposive sampling technique which was analyzed by chi-square test with a significance level of 95% which included univariate and bivariate analysis of the variable level of activity in the Arafah Rembang Hospital in 2018. The sample in this study were as many as 44 medical record samples in the January-September 2018 period. The sampling method in this study was conducted by purposive sampling. Results: the results of the bivariate activity level variables ($p = 0.011$). Conclusion: there is a relationship between the level of activity on the incidence of hernias at Arafah Rembang Hospital in 2018

Keywords : Hernia, Level Of Activity

I. PENDAHULUAN

Insiden hernia menduduki peringkat ke lima besar yang terjadi di Amerika Serikat pada tahun 2007 skitar 700.000 operasi hernia yang dilakukan tiap tahunnya. Hasil survei pendahuluan terhadap penderita hernia yang rsi islam arafah di peroleh 7 dari 10 pasien memiliki aktifitas fisik yang di kelompokkan aktifitas berlebihan diantaranya adalah aktifitas mengangkat beban yang berat yang berhubungan dengan pekerjaan seperti pada pekerja kuli, buruh dan petani. Perbandingan pria : wanita pada hernia

indirek adalah 7:1. Ada kira-kira 750.000 herniorrhaphy di lakukan tiap tahunnya di Amerika Serikat, dibandingkan dengan 25.000 untuk hernia femoralis, 166.000 hernia umbilicalis, 97.000 hernia post insisi dan 76.000 untuk hernia abdomen lainnya(WHO,2007). Berdasarkan uraian latar belakang di atas, mengingat tingginya angka kejadian hernia di Indonesia yang di sebabkan oleh faktor aktifitas, maka penulis mengambil judul “Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Hernia Di RS Islam Arafah Rembang Tahun 2018”.

II. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada bulan awal januari sampai bulan agustus 2018. Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RSI Arafah Rembang

Penelitian ini menggunakan metode penelitian korelasi dengan metode *cross sectional* menggunakan tehnik *purposive sampling*

A. Populasi Dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo,2010). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita hernia, yang di rawat jalan di RSI Arafah Rembang berjumlah 77 pasien.

Sample adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

Rumus slovin :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

dimana :

n : besar sampel

N : jumlah populasi = 44

d : tingkat kepercayaan (ketepatan yang diinginkan) sebesar 90%

Maka :

$$n = \frac{77}{1 + 77(0,1^2)}$$

$$n = \frac{77}{1 + 0,77}$$

n = 43,5 dibulatkan jadi 44

Jadi sampel penelitiannya adalah 44 responden.

III. HASIL PENELITIAN

B. Karakteristik Responden

Tabel 1. Umur

Variabel	Mea n	Media n	Modu s	Min- Mak s	S D
Umur Responde n	49,8	50	45	35- 63	6, 9

Berdasarkan data di atas bahwa pasien hernia dengan nilai rata- rata umur responden 49,8 tahun, umur tengah (median) dari responden adalah 50 tahun , umur responden yang sering muncul adalah 45 tahun. Umur terendah 35 tahun dan umur tertinggi 63 tahun dengan standar deviasi 6,9.

Tabel 2. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
Laki-laki	37	84,1%
Perempuan	7	15,9%
Jumlah	44	100%

Berdasarkan data di atas pasien dengan jenis kelamin laki-laki dengan hernia sebanyak 37 orang (84,1%) dan pasien dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 7 orang(15,9%).

Tabel 3. Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Presentase
SD	14	31,8%
SMP	9	20,5%
SMA	14	31,8%
PT	7	15,9%
Jumlah	44	100%

Berdasarkan data di atas menunjukkan pasien hernia dengan pendidikan lulusan SD sebanyak 11 orang (35,5%), pasien dengan pendidikan lulusan SMP sebanyak 5 orang (16,1%), pasien dengan pendidikan lulusan SMA sebanyak 10 orang (32,3%) dan pasien dengan pendidikan lulusan perguruan tinggi sebanyak 5 orang (16,1%).

C. Analisan Univariat

Tabel 4. Aktifitas Fisik

Aktifitas Fisik	Frekuensi	Presentase
Ringan	18	41%
Sedang	13	29,5%
Berat	13	29,5%
Jumlah	44	100%

Dari data di atas menunjukkan bahwa responden dengan hernia yang memiliki aktifitas ringan sebanyak 18 orang (41%), respponden dengan hernia yang memiliki tingkat aktifitas sedang sebanyak 13 (29,5%) dan responden dengan hernia yang memiliki aktifitas fisik sedang sebanyak 13 orang (29,5%).

Tabel 5. Hernia

Hernia	Frekuensi	Presentase
Reponibel	28	63,6%
Ireponibel	16	36,4%
Jumlah	44	100%

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa pasien hernia reponibel sebanyak 28 orang (63,6%) dan pasien hernia yang ireponibel sebanyak 16 orang (36,4%).

D. Analisa Bivariat

Tabel 6. Hubungan Aktifitas Fisik Dengan Kejadian Hernia

Aktifitas Fisik	Hernia				TOTAL		P Value
	Reponibel		Ireponibel		F	%	
	F	%	F	%			
Ringan	16	88,9	2	11,1	18	100	0.011
Sedang	5	38,5	8	61,5	13	100	
Berat	7	53,8	6	46,2	13	100	
Jumlah	28	63,6	16	36,4	44	100	

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 16 orang, pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 2 orang, pasien dengan aktifitas fisik sedang dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 5 orang, pasien dengan aktifitas fisik sedang dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 8 orang dan pasien dengan aktifitas fisik berat dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 7 orang dan pasien dengan aktifitas fisik berat dengan

kejadian hernia ireponibel sebanyak 6 orang. Hasil uji statistik *chi square* di peroleh hasil nilai $p \text{ value} = 0,011 < (0,05)$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan pasien hernia yang ada di RSI Arafah Rembang.

IV. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan di RSI Arafah Rembang tahun 2018 pasien yang mengalami kejadian hernia reponibel sebanyak 28 orang (63,6 %) dengan pekerjaan swasta sebanyak 16 orang (36,4 %) dan aktifitas fisik ringan sebanyak 18 orang (58,1 %). hasil ini sesuai dengan teori dimana pekerjaan berat dapat meningkatkan tekanan intra abdomen pada perut yang mengakibatkan organ perut (biasanya usus) menonjol melalui suatu titik yang lemah atau robekan pada dinding otot yang tipis yang dapat menyebabkan hernia inguinalis. Hal ini biasanya dihubungkan pada pekerjaan dengan aktifitas fisik mengangkat berat seperti pada buruh yang sering mengangkat beban berat, petani yang sering mencangkul, serta TNI yang aktif di lapangan. Pada penelitian ini kebanyakan responden terjadi pada rata-rata umur responden 49,7 tahun yang mayoritas di

dominasi pada pasien dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 29 orang (93,5 %) dengan latar belakang pendidikan SD sebanyak 11 orang (35,5 %) dan SMA 10 orang (32,3 %).

A. Tingkat Aktifitas

Berdasarkan dari hasil data yang di dapatkan menunjukkan bahwa responden dengan hernia yang memiliki aktifitas ringan sebanyak 18 orang (41%), respponden dengan hernia yang memiliki tingkat aktifitas sedang sebanyak 13 (29,5%) dan responden dengan hernia yang memiliki aktifitas fisik sedang sebanyak 13 orang (29,5%). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien dengan aktifitas fisik ringan lebih dominan di RSI Arafah Rembang tahun 2018 dimana aktifitas fisik ringan itu 75% untuk duduk atau berdiri, 25% waktu untuk berdiri sambil bergerak sedangkan aktifitas fisik berat itu sma dengan pekerjaan khusus dimana 25% waktu untuk duduk dan berdiri, 75% waktu untuk melakukan pekerjaan khusus dan menurut kuesioner yang di pakai untuk penilaian menurut *Baecke* tahun 1982 yang aktifitas fisik yang di nilai menilai indeks pekerjaan, indeks olahraga, dan indeks waktu luang. Menurut peneliti beban yang berat adalah kegiatan yang harus di hindari untuk penderita hernia, karena bisa mengakibatkan masalah pada tubuh. Faktor penyebab herniapun akan mengalami hal ini. Penyakit hernia jangan di anggap sepele ataupun di gampangkan, karena akan semakin parah yang di alaminya. Selain beban berat yang di angkat ini menurut peneliti ada beberapa faktor pemicu yang bisa menyebabkan hernia ataupun turun berok datang seperti kegiatan yang bisa menguras tenaga sehingga menimbulkan kelelahan. Gaya hidup yang kurang menggunakan aktifitas fisik akan

berpengaruh terhadap kondisi tubuh seseorang. Aktifitas fisik tersebut diperlukan untuk membakar energi dari dalam tubuh. Perbaikan tingkat hidup dan kemajuan teknologi telah memacu perubahan pola kebiasaan hidup atau gaya hidup. Dalam kehidupan masyarakat modern dengan dukungan teknologi dan sarana yang mutakhir menyebabkan menurunnya aktifitas fisik. Penderita hernia yang mempunyai riwayat asma dan gangguan jantung juga harus menghindari aktifitas berat karena akan berakibat fatal, terlebih bila kita tidak bisa mempersiapkan obat asma maupun obat jantung yang tepat jika penderita kambuh.

B. Hernia

Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa pasien hernia reponibel sebanyak 28 orang (63,6%) dan pasien hernia yang ireponibel sebanyak 16 orang (36,4%). Hasil ini menunjukkan pasien hernia di RSI Arafah Rembang tahun 2018 sebagian besar di dominasi pada pasien hernia reponibel dimana benjolan di daerah lipatan paha / umbilikus masih bisa keluar masuk (kadang-kadang terlihat menonjol dan kadang-kadang tidak) biasanya dapat di lihat dengan kasat mata dan di raba pada lipatan paha / umbilikus yang terasa membesar sebelah. Usus keluar jika berdiri atau mengedang dan masuk lagi jika berbaring atau di dorong masuk perut, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus. Sedangkan hernia yang isi kantongnya tidak dapat direposisi kembali kedalam rongga perut. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Hernia ini disebut hernia akreta. Dapat juga terjadi karena leher yang sempit dengan tepi yang kaku (misalnya pada : femoral, umbilical). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun sumbatan usus.

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti tekanan pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau bersin dan perpindahan bagian usus ke daerah otot abdominal, tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal itu tentu saja akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak

cukup kuatnya pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi dari proses perkembangan yang cukup lama, pembedahan abdominal dan kegemukan. Menurut peneliti hal ini yang sering terjadi pada pasien hernia yang ada di RSI Arafah Rembang. Pertama-tama terjadi kerusakan yang sangat kecil pada dinding abdominal, kemudian terjadi hernia. Karena organ-organ selalu selalu saja melakukan pekerjaan yang berat dan berlangsung dalam waktu yang cukup lama, sehingga terjadilah penonjolan dan mengakibatkan kerusakan yang sangat parah sehingga akhirnya menyebabkan kantung yang terdapat dalam perut menjadi atau mengalami kelemahan jika suplai darah terganggu maka berbahaya dan dapat menyebabkan ganggren.

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan suatu rongga melalui defek atau lubang atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskulo-aponeurotik dinding perut (Nanda NIC-NOC,2015).

Hubungan Tingkat Aktifitas Dengan Kejadian Hernia Berdasarkan hasil data yang di dapatkan menunjukkan bahwa pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 15 orang, pasien dengan aktifitas fisik ringan dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 3 orang, pasien dengan aktifitas fisik berat dengan kejadian hernia reponibel sebanyak 6 orang dan pasien dengan aktifitas fisik berat dengan kejadian hernia ireponibel sebanyak 7 orang. Hasil uji statistik *chi square* di peroleh hasil nilai p value = $0,011 < (0,05)$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan pasien hernia di RSI Arafah Rembang. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang di lakukan oleh Singgih Pambudi pada tahun 2013 yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat aktifitas dengan kejadian hernia.

Menurut teori Khadirmuhaj (2009) bahwa orang yang kurang aktifitas tidak berpotensi terkena hernia karena diperlukan tekanan yang besar untuk mendorong isi hernia melewati pintu annulus inguinal. Hal ini terjadi karena aktifitas fisik yang erat

dapat menyebabkan tekanan intra abdominalis. Menurut peneliti hasil ini sudah sesuai teori bahwa semakin berat aktifitas fisik maka semakin meningkatkan resiko terjadinya hernia. Aktifitas berat dapat meningkatkan tekanan intraabdomen pada perut yang mengakibatkan organ perut (biasanya usus) menonjol melalui suatu titik yang lemah atau robekan pada dinding otot yang tipis. Hernia umbilikal pada orang dewasa lebih umum pada wanita dan arena peningkatan tekanan abdominal. ini biasa nya terjadi pada klien gemuk dan wanita multipara. Hernia umbilicalis terjadi karena kegagalan arifisium umbilikal untuk menutup. Bila tekanan dan cincin hernia memotong suplai darah ke segmen hernia dan usus, usus menjadi terstrangulasi .situasi ini adalah kedaruratan bedah karna kecuali usus terlepas, usus ini cepat menjadi ganggren karena kekurangan suplai darah. pembedahan sering di lakukan terhadap hernia yang besar terdapat resiko tinggi untuk terjadi inkarserasi. Suatu tindakan herniorrhaphy terjadi atas tindakan menjepit defek di dalam fascia akibat keadaan (snell,2006).

V. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di lakukan maka di ambil kesimpulan bahwa :

Sebagian besar pasien dengan aktifitas fisik ringan sebanyak 18 orang (41%) lebih dominan di RSI Arafah Rembang tahun 2018.

Pasien hernia di RSI Arafah Rembang tahun 2018 sebagian besar di dominasi pada pasien hernia reponibelsebanyak 28 orang (63,6%).

Tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian hernia di RSI Arafah Rembang tahun 2018 dengan nilai p value $0,509 > 0,05$

Ada hubungan antara tingkat aktifitas dengan kejadian hernia di RSI Arafah Rembang tahun 2018 dengan nilai p value $0,011 < 0,05$

Bagi RSI Arafah Rembang, hasil penelitian ini dapat di gunakan sebagai dasar informasi bagi pihak rumah sakit tentang hernia dalam menanggulangi dan mengurangi kejadian penyakit hernia.

DAFTAR PUSTAKA

- Atmojo, N. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Atmojo, N. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* . Jakarta: Renata Cipta.
- Depkes, R. (2011). *Target Tujuan Pembangunan MDGS* . Jakarta: Direktorat Jendral Kesehatan Ibu dan Anak .
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- NIC-NOC, N. (2015). *Diagnosa Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2015-2017(10th ed)*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sabiston. (2004). *Sabiston Buku Ajar Bedah*. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2010). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawan, A. d. (2010). *Metodologi Penelitian kebidanan*. Jakarta: Nuha Medika.
- Sjamsuhidajat. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi II*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV.Alfabeta.
- Sukmadinata. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan* . Bandung: PT.Remaja Rosdakary