

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Mobilisasi Dini**

###### **a. Pengertian**

Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Carpenito, 2016). Konsep mobilisasi mula-mula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi.

Mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan imobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas. Mobilisasi dan imobilisasi berada pada suatu rentang dengan banyak tingkatan imobilisasi parsial. Beberapa klien mengalami kemunduran dan selanjutnya berada di antara rentang mobilisasi-imobilisasi, tetapi pada klien lain, berada pada kondisi imobilisasi mutlak dan berlanjut sampai jangka waktu tidak terbatas (Helmi, 2013). Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan atau belajar berjalan (Garrison,

2014). Mobilisasi dini menurut peneliti adalah latihan gerakan yang dilakukan oleh pasien setelah menjalani pembedahan untuk meningkatkan fungsi fisiologis dengan baik.

Mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari rawat dan mengurangi resiko-resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan/ penegangan otot-otot di seluruh tubuh dan sirkulasi darah dan pernapasan terganggu, juga adanya gangguan peristaltik maupun berkemih. Sering kali dengan keluhan nyeri, klien tidak mau melakukan mobilisasi ataupun tidak berani merubah posisi. Disinilah peran perawat sebagai edukator dan motivator kepada klien sehingga klien tidak mengalami suatu komplikasi yang tidak diinginkan.

b. Tujuan Mobilisasi

- 1) Mempertahankan fungsi tubuh
- 2) Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- 3) Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- 4) Mempertahankan tonus otot
- 5) Memperlancar eliminasi Alvi dan Urin
- 6) Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- 7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi (Garrison, 2014).

c. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi

1) Gaya Hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

2) Proses Penyakit dan *injury*

Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya; seorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit/nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lambat. Ada kalanya klien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu.

3) Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

#### 4) Tingkat energi

Seseorang melakukan mobilisasi jelas membutuhkan energi atau tenaga. Orang yang sedang sakit akan berbeda mobilitasnya dibandingkan dengan orang dalam keadaan sehat.

#### 5) Usia dan status perkembangan

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja.

### d. Macam-macam Mobilisasi

#### 1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh ini menunjukkan syaraf motorik dan sensorik mampu mengontrol seluruh area tubuh. Mobilisasi penuh mempunyai banyak keuntungan bagi kesehatan, baik fisiologis maupun psikologis bagi pasien untuk memenuhi kebutuhan dan kesehatan secara bebas, mempertahankan interaksi sosial dan peran dalam kehidupan sehari-hari.

#### 2) Mobilisasi sebagian

Pasien yang mengalami mobilisasi sebagian umumnya mempunyai gangguan syaraf sensorik maupun motorik pada area tubuh.

Mobilisasi sebagian dapat dibedakan menjadi:

- a) Mobilisasi temporer yang disebabkan oleh trauma reversibel pada sistim muskuloskeletal seperti dislokasi sendi dan tulang
- b) Mobilisasi permanen biasanya disebabkan oleh rusaknya sistim syaraf yang reversibel.

e. Pelaksanaan Mobilisasi Dini

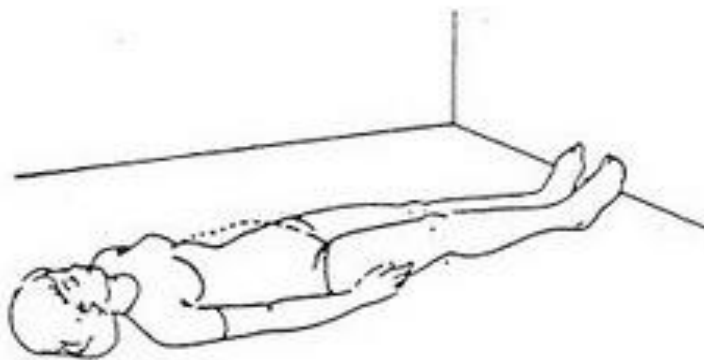
Pelaksanaan mobilisasi dini terdapat 3 langkah penting yaitu pemanasan, gerakan inti dan pendinginan.

1) Pemanasan

Pemanasan berguna untuk menghangatkan suhu otot, melancarkan aliran darah dan memperbanyak masuknya  $O_2$  ke dalam tubuh, memperbaiki kontraksi otot dan kecepatan gerak refleks, juga menjaga kejang otot dan pegal-pegal keesokan harinya. Pemanasan dapat dilakukan dengan menggerakkan mengepalkan tangan, tarik nafas pelan-pelan dan dikeluarkan dengan pelan-pelan (Soekarno, 2013).

2) Gerakan inti mobilisasi dini :

a) Gerakan Pertama :

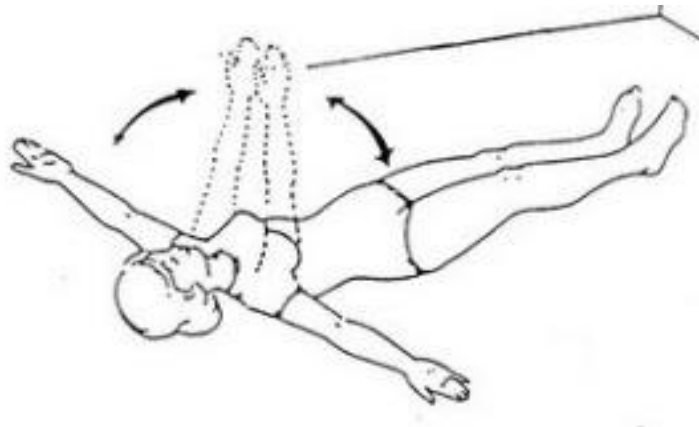


Gambar 2.1 Gerakan mobilisasi dini pertama

Posisi tubuh terlentang dan rileks, kemudian lakukan pernafasan perut diawali dengan mengambil nafas melalui hidung, kembungkan perut dan tahan hingga hitungan ke-5, lalu

Keluarkan nafas pelan-pelan melalui mulut sambil mengkontraksikan otot perut. Ulangi gerakan sebanyak 8 (delapan) kali.

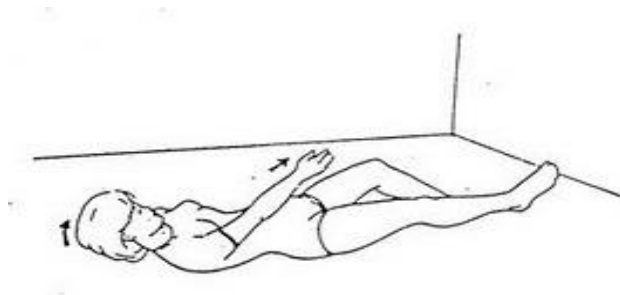
b) Gerakan Kedua :



Gambar 2.2 Gerakan mobilisasi dini kedua

Sikap tubuh terlentang dengan kedua kaki lurus ke depan. Angkat kedua tangan lurus ke atas sampai kedua telapak tangan bertemu, kemudian turunkan perlahan sampai kedua tangan terbuka lebar hingga sejajar dengan bahu. Lakukan gerakan dengan mantap hingga terasa otot sekitar tangan dan bahu terasa kencang. Ulangi gerakan sebanyak 8 (delapan) kali.

c) Gerakan Ketiga :



Gambar 2.3 Gerakan mobilisasi dini ketiga

Tubuh tidur terlentang, kaki lurus, bersama-sama dengan mengangkat kepala sampai dagu menyentuh dada, tangan kanan menjangkau lutut kiri yang ditekuk, diulang sebaliknya. Kerutkan otot sekitar anus dan kontraksikan perut ketika mengangkat kepala. Lakukan perlahan dan atur pernafasan saat melakukan gerakan. Ulangi gerakan sebanyak 8 (delapan) kali.

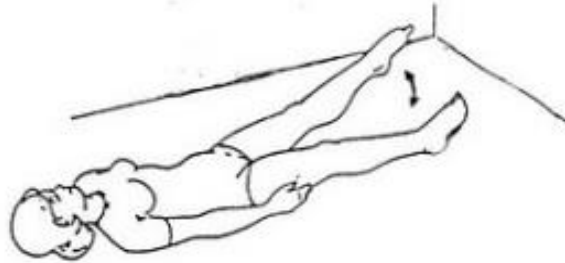
d) Gerakan keempat :



Gambar 2.4 Gerakan mobilisasi dini keempat

Posisi tidur terlentang, kaki lurus, dan kedua tangan di samping badan, kemudian lutut ditekuk ke arah perut 90 derajat secara bergantian antara kaki kiri dan kaki kanan. Jangan menghentak ketika menurunkan kaki, lakukan perlahan namun bertenaga. Ulangi gerakan sebanyak 8 (delapan) kali.

e) Gerakan lima



Gambar 2.5 Gerakan mobilisasi dini kelima

Tidur terlentang, kaki lurus, dan kedua tangan di samping badan. Angkat kedua kaki secara bersamaan dalam keadaan lurus sambil mengkontraksikan perut, kemudian turunkan perlahan. Atur pernafasan. Lakukan sesuai kemampuan, tidak usah memaksakan diri. Ulangi gerakan sebanyak 8 (delapan) kali.

3) Pendinginan.

Pendinginan setelah mobilisasi tetap diperlukan, hal ini agar kerja jantung kembali menjadi normal. Gerakan pendinginan berupa menghela napas lebih panjang dan lebih dalam, lengan, tungkai, dan dilakukan sekurang-kurangnya 3 kali. Dengan cara demikian, akan membantu sistem jantung dan pembuluh darah mampu menyesuaikan diri dengan semakin mengendurnya aktivitas tubuh. Proses gerakan mobiliasasi ini dini dilakukan 3 kali dalam 1 hari, yaitu pagi, siang, dan sore hari selama 3 hari.



## 2. Nyeri

### a. Pengertian

Nyeri merupakan suatu sensoris subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan (Andarmoyo, 2013).

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Potter dan Perry, 2012). Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Istianah, 2017).

Dari beberapa pendapat ahli tentang definisi nyeri, peneliti berpendapat bahwa nyeri adalah pengalaman yang sangat individual yang dapat mempengaruhi semua orang dan semua usia karena adanya penyakit atau kerusakan jaringan.

### b. Etiologi

Nyeri dapat disebabkan oleh trauma, yaitu mekanik, termos, elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan, gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta trauma psikologis.

### c. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri menurut beberapa ahli di bawah ini :

## 1. Nyeri berdasarkan tempatnya

### a) *Pheriperal pain*

*Pheriperal pain* merupakan nyeri yang terasa pada permukaan tubuh. Nyeri ini termasuk nyeri pada kulit dan permukaan kulit. Stimulus yang efektif untuk menimbulkan nyeri di kulit dapat berupa rangsangan mekanis, suhu, kimiawi, atau listrik. Apabila hanya kulit yang terlibat, nyeri sering dirasakan seperti menyengat, tajam, meringis, atau seperti terbakar (Irman, 2014).

### b) *Deep pain*

*Deep pain* merupakan nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam (nyeri somatik) atau pada organ tubuh visceral (nyeri visceral). Nyeri somatis mengacu pada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamentum, tulang, sendi, dan arteri. Struktur-struktur ini memiliki lebih sedikit reseptor nyeri sehingga lokalisasi nyeri sering tidak jelas (Irman, 2014).

### c) *Reffered pain*

*Reffered pain* merupakan nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan dari daerah asal nyeri misalnya, nyeri pada lengan kiri atau rahang berkaitan dengan iskemia jantung atau serangan jantung (Irman, 2014).

### d) *Central pain*

*Central pain* adalah nyeri yang didahului atau disebabkan oleh lesi atau disfungsi primer pada sistem saraf perifer (Meliala, 2014).

2. Nyeri berdasarkan sifat

a) *Incidental pain*

*Incidental pain* merupakan nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang. *Incidental* ini terjadi pada pasien yang mengalami nyeri kanker tulang (Meliala, 2014).

b) *Steady pain*

*Steady pain* merupakan nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama. Pada distensi renal kapsul dan iskemik ginjal akut merupakan salah satu jenis *steady pain*.

c) *Proximal pain*

*Proximal pain* merupakan nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi. Nyeri ini terjadi pada pasien yang mengalami *Carpal Tunnel Syndrome*.

3. Nyeri berdasarkan ringan beratnya

a) Nyeri ringan

Nyeri ringan merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang ringan. Nyeri ringan biasanya pasien secara obyektif dapat berkomunikasi dengan baik (Wartolah, 2015).

b) Nyeri sedang

Nyeri sedang merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang sedang. Nyeri sedang secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik (Wartolah, 2015).

c) Nyeri berat

Nyeri berat merupakan nyeri yang timbul dengan intensitas yang berat. Nyeri berat secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang (Wartolah, 2015).

4. Nyeri berdasarkan waktu serangan

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang mereda setelah intervensi atau penyembuhan. Awitan nyeri akut biasanya mendadak dan berkaitan dengan masalah spesifik yang memicu individu untuk segera bertindak menghilangkan nyeri. Nyeri berlangsung singkat (kurang dari 6 bulan) dan menghilang

apabila faktor internal dan eksternal yang merangsang reseptor nyeri dihilangkan. Durasi nyeri akut berkaitan dengan faktor penyebabnya dan umumnya dapat diperkirakan (Irman, 2014).

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus selama 6 bulan atau lebih. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik (Irman, 2014).

Nyeri kronis ini berbeda dengan nyeri akut dan menunjukkan masalah baru. Pada sindrom nyeri kronis dapat disebabkan oleh faktor penyakit atau proses patologi yang persisten. Nyeri kronis ini sering mempengaruhi semua aspek kehidupan penderitanya, menimbulkan distress, kegalauan emosi, dan mengganggu fungsi fisik dan sosial (Potter & Perry, 2012).

d. Patofisiologi nyeri

Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Reseptor nyeri disebut juga dengan *nosiceptif* merupakan ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak (Hamilton, 2012). Reseptor pada bagian kutaneus terbagi dalam dua komponen yaitu: serabut A delta dan serabut C. Serabut A delta merupakan serabut komponen cepat yang memungkinkan timbulnya

nyeri tajam, yang akan cepat hilang, sementara serabut C merupakan serabut komponen lambat yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya tumpul dan sulit dilokalisasi.

Nyeri merupakan campuran reaksi fisik, emosi, dan perilaku. Cara yang paling baik untuk memahami pengalaman nyeri, akan membantu untuk menjelaskan tiga komponen fisiologis berikut yaitu: resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan implus melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam massa berwarna abu-abu di medulla spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral. Sekali stimulus nyeri mencapai korteks serebral, maka otak menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman serta pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Potter & Perry, 2012).

Munculnya nyeri berkaitan dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung

empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen (Smeltzer & Bare, 2015).

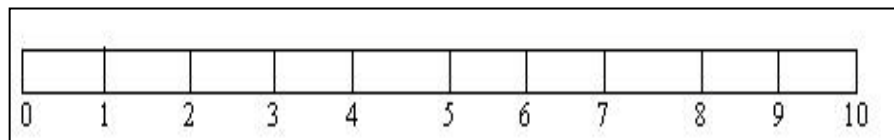
e. Efek nyeri

Menurut Smeltzer & Bare (2015), efek membahayakan dari nyeri dibedakan berdasarkan klasifikasi nyeri, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut mempunyai efek yang membahayakan diluar ketidaknyamanan yang disebabkan, selain merasa ketidaknyamanan dan mengganggu, nyeri akut yang tidak reda dapat mempengaruhi sistem pulmonari, kardiovaskular, gastrointestinal, endokrin, dan imunologik. Pasien dengan nyeri hebat dan stres yang berkaitan dengan nyeri tidak mampu untuk nafas dalam dan mengalami peningkatan nyeri dan mobilitas menurun. Nyeri kronis mempunyai efek yang membahayakan seperti supresi fungsi imun yang berkaitan dengan nyeri kronis dapat meningkatkan pertumbuhan tumor. Nyeri kronis juga sering mengakibatkan depresi dan ketidakmampuan. Pasien mungkin tidak mampu untuk melanjutkan aktivitas dan melakukan hubungan interpersonal. Ketidakmampuan ini dapat berkisar dari membatasi keikutsertaan dalam aktivitas fisik sampai tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan pribadi, seperti berpakaian atau makan.

f. Pengukuran nyeri

### 1) *Numeric Rating Scale ( NRS)*

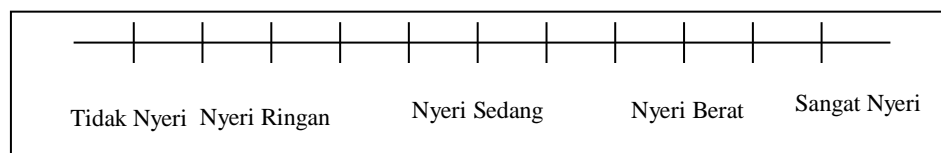
Skala ini sudah biasa dipergunakan dan telah divalidasi. Berat ringannya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numerik dari 0 hingga 10, di bawah ini, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan 1-3 adalah nyeri ringan, 4-6 adalah nyeri sedang, 7-9 adalah nyeri berat terkontrol, dan 10 adalah nyeri berat tidak terkontrol (Potter & Perry, 2012).



Gambar 2. 6 Skala *numeric rating scale (NRS)*

### 2) *Visual analog scale ( VAS )*

Skala sejenis yang merupakan garis lurus, tanpa angka. Bisa bebas mengekspresikan nyeri, ke arah kiri menuju tidak sakit, arah kanan sakit tak tertahankan, dengan tengah kira-kira nyeri yang sedang (Potter & Perry, 2012).



Gambar 2. 7 Skala *visual analog scale (VAS)*



g. Manajemen nyeri

Manajemen nyeri dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Manajemen farmakologis dengan menggunakan obat-obatan analgetik atau anastesi untuk mengurangi nyeri, penggunaan analgetik bertujuan untuk mengganggu penerimaan/ stimuli nyeri dan interpretasi dengan menekan fungsi talamus dan kortek serebri.
- 2) Manajemen non farmakologi, manajemen non farmakologis ini tidak menggunakan obat-obatan untuk mengurangi nyeri, sehingga sebagian dapat digunakan mandiri oleh pasien. Berikut adalah beberapa manajemen non farmakologis: mobilisasi dini, sentuhan terapeutik, akupresur, *guided imagery*, distraksi, *anticipatory guidance*, hipnoterapi, *biofeedback*, stimulasi *kutaneus*, aspek *spiritual* dzikir. (Tamsuri, 2014).

### 3. Hernia

a. Pengertian

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan yang terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia (Amrizal, 2015). Hernia adalah masuknya organ ke dalam rongga yang disebabkan oleh prosesus vaginalis berobliterasi (paten) (Amin & Kusuma, 2015). Hernia adalah kelainan pada dinding abdomen yang memungkinkan isi abdomen menonjol dari rongga abdomen (Haryono, 2012). Hernia menurut

peneliti adalah penonjolan isi perut dari rongga yang normal melalui lubang kongenital.

b. Klasifikasi dari hernia menurut Diyono & Mulyanti (2013) :

1) Berdasarkan proses terjadinya, hernia terbagi atas :

- a) Hernia Inguinalis adalah hernia isi perut yang tampak di daerah sela paha.
- b) Hernia Femoralis adalah hernia isi perut yang nampak di daerah fosa femoralis.
- c) Hernia Umbilicus adalah hernia isi perut yang tampak di daerah pusar.
- d) Hernia Diafragma adalah hernia isi perut yang masuk melalui diafragma ke dalam rongga dada.
- e) Hernia Nukleus Pulposus (HNP) adalah hernia yang terjadi pada sumsum tulang belakang.

2) Berdasarkan dapat tidaknya isi hernia masuk kembali:

- a) Hernia *Reversible* adalah bila isi hernia dapat keluar masuk.
- b) Hernia *Irreversible* adalah bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam.
- c) Hernia *Strangulata* adalah hernia *irreversible* yang pembeku darah, yang menuju ke alat-alat yang keluar itu, terjepit dan tersumbat.

c. Anatomi Fisiologi

Otot-otot dinding perut dibagi empat yakni *musculus rectus abdominis*, *musculus obliquus abdominis internus*, *musculus transversus abdominis*. Kanalis inguinalis timbul akibat *descensus testiculorum*, dimana testis tidak menembus dinding perut melainkan mendorong dinding ventral perut ke depan. Saluran ini berjalan dari kranio-lateral ke medio-kaudal, sejajar *ligamentum inguinalis*, panjangnya : + 4 cm. (Brunner & Suddarth, 2015)

Kanalis inguinalis dibatasi di kraniolateral oleh *anulus inguinalis internus* yang merupakan bagian terbuka dari *fascia transversalis* dan *aponeurosis musculus transversus abdominis* di medial bawah, di atas *tuberculum pubicum*. Kanal ini dibatasi oleh *anulus eksternus*. Atap ialah *aponeurosis musculus ablikus eksternus* dan didasarnya terdapat *ligamentum inguinal*. Kanal berisi tali sperma serta sensitibilitas kulit *regio inguinalis*, *skrotum* dan sebagian kecil kulit, tungkai atas bagian proksimal (Amin & Kusuma, 2015).

Dalam keadaan relaksasi otot dinding perut, bagian yang membatasi *anulus internus* turut kendur. Pada keadaan itu tekanan intra abdomen tidak tinggi dan kanalis inguinalis berjalan lebih vertikal. Sebaiknya bila otot dinding perut berkontraksi kanalis inguinalis berjalan lebih transversal dan *anulus inguinalis* tertutup sehingga dapat mencegah masuknya usus ke dalam kanalis inguinalis.

Pada orang yang sehat ada tiga mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis yaitu kanalis inguinalis yang berjalan

miring, adanya struktur muskulus oblikus internus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi dan adanya fasia transversal yang kuat yang menutupi triganum hasselbaeh yang umumnya hampir tidak berotot sehingga adanya gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Amin & Kusuma, 2015).

d. Etiologi

Menurut Muttaqin (2013) penyebab hernia inguinalis adalah :

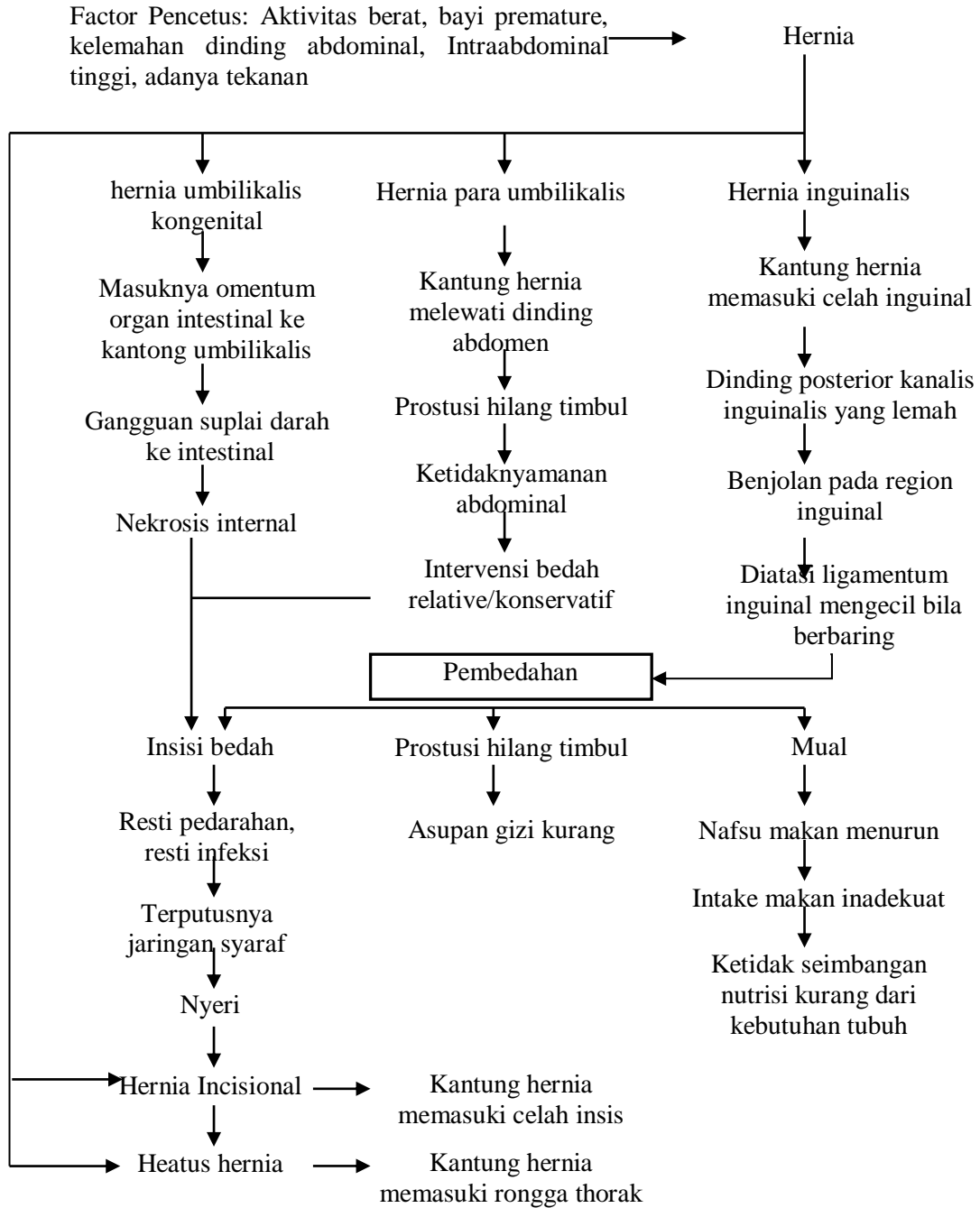
- 1) Kelemahan otot dinding abdomen.
  - a) Kelemahan jaringan
  - b) Adanya daerah yang luas di ligamen inguinal
  - c) Trauma
- 2) Peningkatan tekanan intra abdominal.
  - a) Obesitas
  - b) Mengangkat benda berat
  - c) Mengejan Konstipasi
  - d) Kehamilan
  - e) Batuk kronik
  - f) Hipertropi prostate

e. Manifestasi Klinis

Terdapat benjolan didaerah, vaginal dan atau scrotal yang hilang timbul. Timbul bila terjadi peningkatan tekanan peritonela misalnya mencedan, batuk-batuk, menangis, pasien tenang, benjolanakan hilang

secara spontan. Pada pemeriksaan terdapat benjolan dilipat paha atau sampai scrotum, pada bayi bila menangis atau mengedan. Benjolan menghilang atau dapat dimaksudkan kembali berongga abdomen (Muttaqin, 2013).

f. Pathway Hernia



Gambar 2.8 Pathway Hernia

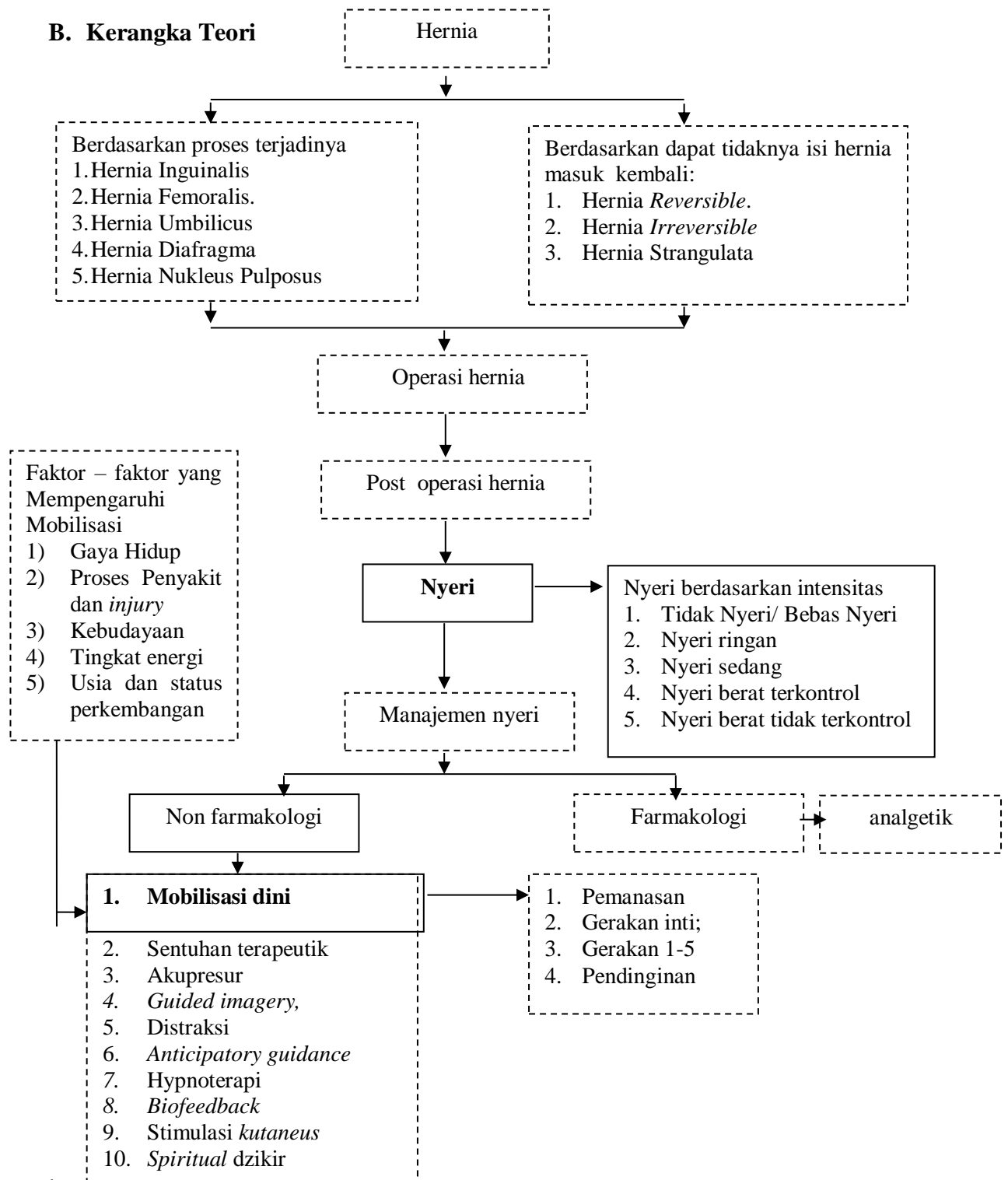
Sumber : Nurarif & Kusuma (2015)

g. Patofisiologi

Peninggian tekanan intraabdomen akan mendorong lemak preperitoneal kedalam kanalis femoralis yang akan menjadi pembuka jalan terjadinya hernia. Faktor penyebab lainnya adalah kehamilan multirasa, obesitas dan degerasi jaringan ikat karena usia lanjut (Brunner & Suddarth, 2015)

Hernia femoralis sekunder dapat terjadi sebagai komplikasi. Herniorafi pada hernia ingunalis, terutama yang memakai tehnik Bassini atau shoul dice yang menyebabkan, fasia transversa dan ligamentum inguinale lebih tergeser ke ventrokranial sehingga dan liga mentum inguinale lebih tergeser ke ventrokranial sehingga kanalis femopalis lebih luas.

**B. Kerangka Teori**



keterangan :  
 [Solid Box] : diteliti  
 [Dashed Box] : tidak diteliti

Gambar 2.9. Kerangka teori

Sumber : Amin & Kusuma (2015), Brunner & Suddarth (2015), Irman (2014), Muttaqin (2013), Potter dan Perry (2012)





