

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hernia adalah penonjolan abnormal organ atau struktur melalui kelemahan atau robekan pada dinding perut. Hernia disebabkan oleh kelemahan pada dinding perut bersama dengan peningkatan tekanan intra-abdomen, seperti tekanan dari batuk, mengejan, dan angkat berat. Faktor resiko hernia dapat berupa obesitas, kehamilan, dan penyembuhan luka yang buruk. Kantung hernia terbentuk oleh peritoneum yang menonjol melalui dinding otot yang melemah. Isi hernia bisa berupa usus kecil atau besar, atau omentum (Wiliams & Paula, 2007).

Menurut World Health Organization (WHO, 2012), didapatkan data pada tahun 2005 sampai tahun 2010 penderita hernia mencapai 19.173.279 penderita (12.7%). Penyebaran hernia paling banyak berada di negara berkembang seperti negara-negara di Afrika, Asia Tenggara termasuk Indonesia. Selain itu, Negara Uni Emirat Arab adalah negara dengan jumlah penderita hernia terbesar di dunia sekitar 3.950 penderita pada tahun 2011. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, pada bulan Januari 2010 sampai dengan Februari 2011 terdapat 1.243 orang yang mengalami gangguan hernia (DepKes RI, 2011). Angka kejadian hernia terbanyak adalah hernia inguinalis (medialis/direk dan lateralis/indirek) dengan kasus 10 kali lebih banyak dari pada hernia femoralis dan keduanya mempunyai persentase sekitar 75-80 % dari seluruh jenis hernia,

hernia insisional 10 %, hernia ventralis 10 %, hernia umbilikalisis 3 %, dan hernia lainnya sekitar 3 % (Sjamsuhidajat & Wim, 2010).

Beberapa kasus hernia inguinalis seringkali dapat didorong kembali kedalam rongga perut namun jika tidak dapat didorong kembali penyakit ini dapat menjadi kasus yang serius seperti inkarserasi (usus terperangkap dalam kanalis inguinalis) dan strangulasi (aliran darah terputus) (Williams & Paula, 2007). Menurut WHO (2005), kejadian hernia inkarserata adalah sekitar 6-10% dari hernia inguinal tidak langsung pada orang dewasa dan 14-56% pada hernia femoralis. Inkarserasi juga merupakan penyebab obstruksi usus nomor satu dan urutan kedua dalam tindakan operasi gawat darurat setelah *appendicitis* akut di Indonesia (Sjamsuhidajat & Wim, 2010).

Hernia inkarserata merupakan komplikasi lanjut dari hernia inguinalis dimana usus yang terjebak dapat terlilit atau tercekik sehingga darah dan aliran usus benar-benar terputus. Hal ini merupakan pencetus terjadinya obstruksi usus dan mungkin mengakibatkan ganggren dan perforasi usus (Williams & Paula, 2007). Gejala yang muncul dapat berupa mual, muntah, dan nyeri kolik pada perut. Kondisi ini dapat diperberat dengan adanya infeksi bakteri (septikemia), perdarahan sampai akhirnya dapat mengancam nyawa. Perawatan pada kondisi ini adalah operasi darurat (Williams & Paula, 2007).

Penatalaksanaan yang dianjurkan pada kondisi kegawatdaruratan hernia adalah melalui perawatan operasi darurat (Williams & Paula, 2007). Di Indonesia, operasi terbuka seperti laparotomi umumnya dilakukan pada kasus ini.

Laparotomi merupakan jenis operasi bedah mayor yang dilakukan di abdomen. Pembedahan dilakukan dengan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (Potter & Perry, 2010). Terdapat 12,6 % kasus laparotomi yang disebabkan abses apendikular, usus obstruksi, intususepsi dan gastroschisis (Patil, 2016). Jumlah tindakan pembedahan menempati urutan ke-10 dari 50 pola penyakit di rumah sakit se-Indonesia dengan persentase 15,7% yang diperkirakan 45% diantaranya merupakan tindakan bedah laparotomi (DepKes RI, 2011).

Selain itu, prosedur bedah termasuk perbaikan hernia terbuka (herniorrhaphy) juga dilakukan. Herniorrhaphy melibatkan membuat sayatan di dinding perut, mengganti isi kantung hernia, menjahit yang lemah jaringan, dan menutup pembukaan. Pada kondisi hernia strangulata dilakukan reseksi usus atau kolostomi (Williams & Paula, 2007). Pasien dengan operasi bedah abdomen yang kompleks seperti ini perlu mendapatkan perawatan di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU). Said (2014) menyebutkan salah satu alasan bagi pasien bedah abdomen dalam menerima perawatan ICU adalah karena pasien membutuhkan pemantauan yang intensif untuk menghindari atau mengurangi terjadinya komplikasi pasca pembedahan. Selain itu diperlukan stabilisasi terutama terkait dengan respirasi, kardiovaskular, dan saraf. Pada pasien yang berumur lanjut lebih berisiko terjadinya komplikasi lanjut dan prosedur pembedahan yang lebih kompleks, serta periode waktu pemulihan yang lebih panjang seperti pemulihan anestesi dan stabilisasi homeostasis.

Pasien yang dioperasi, khususnya daerah abdomen torakal tinggi dan reseksi abdomen rendah, secara khusus rentan terhadap gangguan pernapasan. Mekanisme bahaya pulmonal adalah keterbatasan dimana ada penurunan kapasitas vital yang menyebabkan terbatasnya cadangan ventilasi. Keterbatasan ini dapat terjadi pada 24 jam pertama pasca operasi (Hudak & Gallo, 2011). Selain itu, penggunaan anestesi mampu menekan pusat pernapasan, sehingga pernapasan menjadi lambat dan dangkal. Pada periode post operatif dengan anestesi dapat terjadi pernapasan tidak adekuat karena terdapat agen yang menekan pernapasan (Nugroho, dkk., 2016). Kondisi seperti pasca operatif bedah toraks atau abdomen dapat mengarah pada gagal napas dan perlunya memperoleh perawatan dengan ventilasi mekanik (Hudak & Gallo, 2011). Menurut Smeltzer & Bare (2010) bantuan tersebut dilakukan untuk memenuhi kebutuhan oksigen, mengurangi kerja pernapasan, dan meningkatkan oksigenasi jaringan atau mengoreksi asidosis pernapasan.

Pasien dengan ventilasi mekanik dan mendapatkan terapi sedasi biasanya jarang mendapatkan tindakan mobilisasi. Salah satu akibat yang dapat ditimbulkan dari imobilisasi ini adalah pada sistem pernapasan yang menyebabkan atelektasis dan pneumonia (Potter & Perry, 2010). Konsekuensi fisiologis dari mobilisasi atau tirah baring dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh dan fungsi fisik dan dapat menimbulkan berbagai komplikasi (Smeltzer & Bare, 2010). Dampak imobilisasi pada pasien dapat mencakup penurunan fungsional dan terkait kelemahan neuromuskular, muskuloskeletal, gangguan

koordinasi, penundaan penyapihan dari ventilasi mekanik, lama tinggal di rumah sakit dan pemulihan tertunda setelah keluar dari rumah sakit. Komplikasi ini dapat secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup kedua pasien dan keluarga mereka (Younis & Safaa, 2015).

Salah satu upaya meningkatkan hasil untuk pasien-pasien penyakit kritis dengan penggunaan ventilator mekanik termasuk lama rawat yang jauh lebih pendek dan hasil fungsional yang lebih baik adalah dengan melakukan mobilisasi (Younis & Safaa, 2015). Tindakan mobilisasi dikaitkan dengan peningkatan tonus otot, stimulasi sirkulasi yang mengarah ke pencegahan stasis vena dan vena tromboemboli (VTE), meningkatkan kapasitas vital dan pemeliharaan fungsi pernafasan dan fungsi gastrointestinal (Saleh & Majumbar, 2012). Penurunan rasa sakit, lama tinggal di rumah sakit, peningkatan kemampuan fungsional dan kepuasan pasien adalah hasil awal mobilisasi pasien pasca operasi (Kalisch, dkk., 2013).

Mobilisasi pasien terutama mereka yang menerima ventilasi mekanik, menghadirkan tantangan bagi para profesional perawatan kesehatan. Tantangan untuk memobilisasi pasien yang sakit kritis berasal dari banyak faktor termasuk ketidakstabilan hemodinamik, sumber daya manusia dan peralatan, praktik sedasi, ukuran pasien, rasa sakit pasien, waktu dan prioritas mobilisasi. Semua faktor ini dapat bertahan selama sehari-hari sampai berminggu-minggu dan menunda penggunaan mobilitas aktif (Vollman, 2010). *Passive range of motion exercises*

sebagai prosedur perawatan rutin mungkin merupakan kegiatan yang paling tepat untuk pasien-pasien ini pada fase awal penyakit (Griffiths & Hall, 2010).

Passive range of motion exercises atau latihan gerak pasif didefinisikan sebagai gerakan berulang dari sendi dalam batas yang tersedia, dilakukan tanpa kontrol kehendak, dan dapat dianggap sebagai bentuk awal mobilisasi untuk pasien ICU yang dibius atau tidak sadar (Hanekom, dkk., 2011). Adanya cedera akibat tindakan laparatomi pada pasien menyebabkan pelepasan mediator kimia nyeri seperti bradikinin, prostagladin, histamin, dan subtansi P. Mediator nyeri ini yang pada akhirnya menghasilkan persepsi nyeri pada pasien (Smeltzer & Bare, 2010). Dengan dilakukannya ROM pasif sebagai mobilisasi dini pada pasien dengan ventilasi mekanis dapat menurunkan intensitas perilaku nyeri pasien (Younis & Safaa, 2015).

ROM pasif dapat meningkatkan sirkulasi darah yang akan memicu penyembuhan luka yang lebih cepat pada bagian yang cedera. Sejalan dengan itu proses peradangan menurun dan aktivasi mediator kimia nyeri menurun sehingga transmisi nyeri ke sistem saraf pusat menurun. Dengan demikian intensitas nyeri pada pasien dapat menurun (Nugroho, dkk., 2016). Hal ini menunjukkan bahwa ROM pasif sebagai mobilisasi dini dapat berfungsi sebagai pendekatan baru untuk manajemen nyeri pada pasien sakit kritis (Amidei, 2012).

Penelitian yang dilakukan Younis & Safaa (2015) menunjukkan bahwa penerapan *passive range of motion exercises* pada pasien sakit kritis dengan ventilasi mekanis mengalami perubahan signifikan dalam skor rata-rata tekanan

darah, jantung, frekuensi pernafasan, tekanan vena sentral dan saturasi oksigen tetapi perubahan itu berada dalam rentang normal variabel fisiologis. Selanjutnya tingkat keparahan *Behavioral Pain Scale* menurun 5 menit setelah latihan gerak pasif di antara semua pasien yang berventilasi. Mayoritas (66,67%) pasien yang dibius dengan ventilasi tidak mengalami nyeri setelah 20 menit intervensi dibandingkan dengan 40% pasien yang tidak dibius. Hal yang sama ditemukan pada penelitian Besely & Abdel (2014), bahwa persentase pasien yang menderita nyeri di dada menurun dari 15% menjadi 10% setelah melakukan latihan gerak pasif. Dengan hal ini dapat meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan kepada pasien.

Kasus post laparatomi merupakan salah satu kasus terbanyak di ICU RSUP DR. M. Djamil Padang. Berdasarkan survey yang dilakukan, didapatkan data pada bulan Juni hingga awal September terdapat 16 pasien dengan kasus post laparatomi. Pada awal September 2018 terdapat 1 orang pasien dengan kasus post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum. Pasien tersebut terpasang *endotracheal tube* dan pernapasan dibantu dengan ventilasi mekanik. Pasien tidak sadar dan diberi obat sedasi untuk mencegah nyeri dan ketidaknyamanan karena penggunaan ventilasi mekanik. Pasien mengalami gangguan hemodinamik, gangguan elektrolit serta menunjukkan perilaku nyeri. Dari pengkajian diperoleh nilai *Behavioral Pain Scale* dengan skor sembilan. Sehingga diperlukan penanganan untuk mengatasi masalah pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum dengan penerapan *passive range of motion exercises* untuk melihat efektivitasnya pada parameter hemodinamik dan intensitas perilaku nyeri pada pasien dengan ventilasi mekanik di *Intensive Care Unit (ICU) RSUP DR. M. Djamil Padang*.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memaparkan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum dengan penerapan *passive range of motion exercises* di *Intensive Care Unit (ICU) RSUP DR. M. Djamil Padang*.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan hasil pengkajian pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum di *Intensive Care Unit (ICU) RSUP DR. M. Djamil Padang*.
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum di *Intensive Care Unit (ICU) RSUP DR. M. Djamil Padang*.

- c. Menjelaskan rencana pencapaian asuhan pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP DR. M. Djamil Padang.
- d. Menjelaskan implementasi pada pasien dengan post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum dengan penerapan *passive range of motion exercises* di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP DR. M. Djamil Padang.
- e. Menjelaskan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien dengan post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum dengan penerapan *passive range of motion exercises* di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP DR. M. Djamil Padang.

C. Manfaat

1. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP DR. M. Djamil Padang.

2. Bagi Pasien

Dapat meningkatkan kualitas hidup dan mutu asuhan keperawatan khususnya pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP DR. M. Djamil Padang.

3. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat memberikan masukan bagi bidang keperawatan umumnya dan para tenaga perawat di ruang ICU RSUP DR. M. Djamil Padang, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum dengan penerapan *passive range of motion exercises*.

4. Bagi Pengetahuan

Dapat memberikan referensi dan masukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan pada pasien post laparatomi, ileostomi atas indikasi hernia inkarserata dan ganggren caecum ileum penerapan *passive range of motion exercises* terhadap parameter hemodinamik dan *Behavioral Pain Scale* pada pasien dengan ventilasi mekanik di RSUP Dr. M. Djamil Padang.