

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Gangguan Mobilitas Fisik

1. Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Etiologi

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) mobilisasi adalah pasien yang mengalami kesulitan untuk membolak-balik posisi, karena keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang gerak sendi. Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu :

- a. Nyeri
- b. Kerusakan integritas struktur tulang
- c. Gangguan musculoskeletal
- d. Gangguan neuromuscular
- e. Kekuatan sendi
- f. Kontraktur
- g. Perubahan metabolisme
- h. Gangguan kognitif keengganan melakukan pergerakan dan gangguan sensoripersepsi

3. Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) tanda gejala data mayor dan minor pada gangguan mobilitas fisik antara lain:

- a. Gejala dan tanda mayor
 - a. Subjektif
 - 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b. Objektif
 - 1) Kekuatan otot menurun
 - 2) Rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gejala dan tanda minor
 - a. Subjektif
 - 1. Nyeri saat bergerak
 - 2. Enggan melakukan pergerakan
 - 3. Merasa cemas saat bergerak
 - b. Objektif
 - 1. Sendi kaku
 - 2. Gerakan tidak tekoordinasi
 - 3. Geakan terbatas
 - 4. Fisik lemah

4. Faktor yang Mempengaruhi Gangguan Mobilitas Fisik Post Operasi

Menurut (Yuliana, 2021) ada beberapa faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik pada pasien post operasi, yaitu sebagai berikut:

a. **Lingkungan Sosial dan Gaya Hidup**

Beberapa keluarga atau budaya meyakini bahwa setelah operasi, pasien sebaiknya banyak beristirahat. Padahal, terlalu lama diam justru memperlambat pemulihan. Dukungan keluarga dan edukasi dari tenaga kesehatan sangat dibutuhkan agar pasien berani bergerak untuk melakukan mobilisasi.

b. **Ketidakmampuan Fisik dan Mental**

Setelah operasi, tubuh terasa sangat lemah dan muncul rasa takut dan cemas, banyak pasien memilih tetap diam. Perasaan ini wajar, tetapi perlu didampingi agar mereka tidak merasa sendiri dan tetap percaya diri untuk pulih.

c. **Tingkat energi**

Mobilisasi sangat membutuhkan energi untuk melakukannya, dan cadangan energi yang dimiliki oleh masing masing individu sangat bervariasi. Ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor untuk mempertahankan Kesehatan fisik dan psikologis.

d. Usia

Usia sangat berpengaruh bagi kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas.

5. Patofisiologi

Imobilisasi jangka panjang dapat menimbulkan dampak fisiologis pada sistem muskuloskeletal, khususnya pada otot dan tulang. Salah satu akibat yang sering terjadi adalah terbatasnya kemampuan untuk bergerak secara normal, yang dapat berujung pada pembatasan gerakan permanen. Keterbatasan dalam pergerakan ini dapat mengakibatkan penurunan kekuatan otot, atrofi otot, serta menurunnya stabilitas tubuh. Akibatnya, penurunan massa otot menyebabkan kelelahan yang lebih cepat, karena otot tidak lagi berfungsi optimal. Selain itu, proses imobilisasi juga dapat mengganggu metabolisme kalsium dalam tubuh dan mempengaruhi fungsi sendi. Apabila otot tidak aktif atau tidak diberi beban yang cukup, atrofi otot akan berkembang, yang semakin memperburuk kondisi fisik pasien. Nyeri kronis akibat cedera atau kondisi medis lainnya dan ketidaknyamanan juga dapat mengurangi motivasi dan kemampuan seseorang untuk bergerak. (Ramadhani,. & Pratiwi, 2022).

6. Klasifikasi

Menurut Nurlitasari, (2021) Secara umum, kemampuan seseorang dalam bergerak atau melakukan aktivitas fisik dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu mobilitas penuh dan mobilitas sebagian sebagai berikut :

- 1) Mobilitas penuh mengacu pada kondisi di mana individu mampu bergerak secara bebas tanpa hambatan. Dalam kondisi ini, seseorang dapat menjalankan aktivitas sehari-hari, berinteraksi sosial, serta menjalankan perannya di masyarakat secara optimal. Kemampuan ini bergantung pada fungsi normal sistem saraf motorik volunter dan sensorik yang mengontrol seluruh bagian tubuh.
- 2) Mobilitas sebagian menunjukkan adanya keterbatasan dalam bergerak, di mana individu tidak mampu melakukan gerakan secara bebas karena adanya gangguan pada saraf motorik dan sensorik, baik pada satu bagian tubuh maupun lebih. Mobilitas sebagian ini dibedakan menjadi dua tipe, yaitu:
 - a) Mobilitas Sebagian Temporer

Merupakan kondisi di mana keterbatasan gerak hanya bersifat sementara. Biasanya disebabkan oleh cedera yang masih dapat dipulihkan, seperti dislokasi sendi atau patah tulang ringan pada sistem muskuloskeletal.

b) Mobilitas Sebagian Permanen

Keterbatasan ini bersifat menetap dan umumnya diakibatkan oleh kerusakan sistem saraf yang tidak dapat pulih secara sempurna. Contohnya termasuk kelumpuhan sebagian tubuh (hemiplegia) akibat stroke, kelumpuhan bawah (paraplegia) akibat cedera tulang belakang, atau gangguan gerak karena poliomielitis yang merusak saraf motorik dan sensorik.

Menurut Cahyani, (2023) Berikut ini beberapa bentuk imobilitas yang sering terjadi:

a) Imobilitas Fisik

kondisi di mana seseorang terbatas dalam bergerak secara fisik. Biasanya, hal ini dilakukan untuk mencegah komplikasi yang bisa muncul akibat gerakan yang tidak tepat.

b) Imobilitas Intelektual

Terjadi saat seseorang mengalami gangguan dalam berpikir atau memahami sesuatu, biasanya akibat kerusakan otak karena penyakit tertentu.

c) Imobilitas Emosional

Kondisi ini muncul ketika seseorang merasa sangat tertekan secara emosional, biasanya karena perubahan hidup yang mendadak.

d) Imobilitas Sosial

keadaan dimana seseorang merasa terhambat untuk berinteraksi atau bersosialisasi dengan orang lain. Hal ini bisa terjadi karena penyakit yang diderita membuat mereka merasa tidak percaya diri atau sulit menjalankan peran sosialnya, seperti bekerja, berkumpul, atau berkomunikasi secara normal.

7. Komplikasi

Menurut (Ramadhanti, 2023) gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis, serta kontraktur. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kemudian, juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadi salah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra cranial, kontraktur, gagal nafas, dan kematian.

8. Penatalaksanaan

Menurut Herawati,. (2023) Penatalaksanaan Keperawatan yaitu:

1) Pengaturan posisi tubuh sesuai kebutuhan pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat gangguan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, genu pectoral, dorsal recumbent, lithotomi

Sebagai berikut :

a) Posisi Fowler

Posisi ini merupakan posisi setengah duduk atau duduk penuh, di mana bagian kepala tempat tidur dinaikkan.



Gambar 2. 1 Posisi semi fowler

b) Posisi Sim

Pada posisi ini, pasien dimiringkan ke salah satu sisi, baik kanan maupun kiri.



Gambar 2. 2 Posisi Sim

c) Posisi Trendelenburg

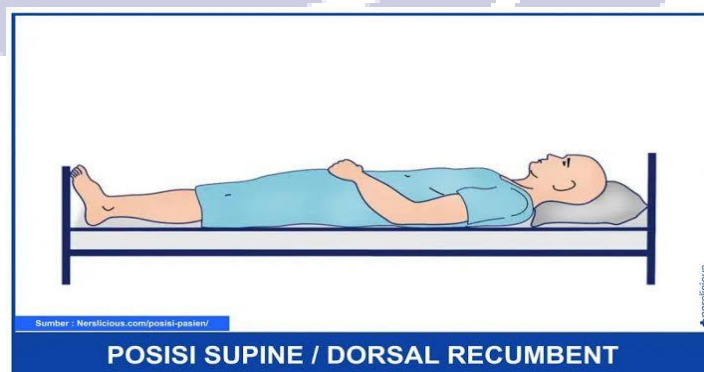
Dalam posisi ini, pasien berbaring dengan kepala berada lebih rendah dari kaki.



Gambar 2. 3 Posisi Trendelenburg

d) Posisi Dorsal Recumbent

Pasien berbaring telentang dengan kedua lutut ditekuk dan terbuka.



Gambar 2. 4 Posisi Dorsal Recumbent

e) Posisi Lithotomi

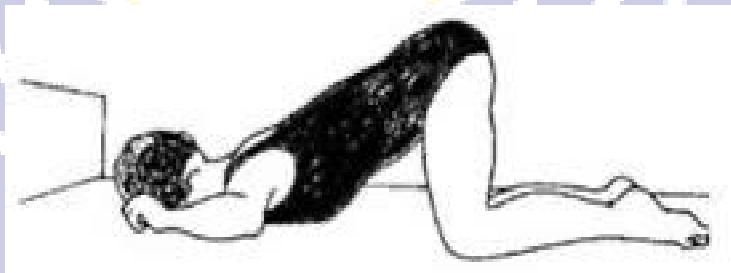
Pada posisi ini, pasien berbaring telentang dengan kedua kaki diangkat dan diarahkan ke perut.



Gambar 2. 5 Posisi Litotomi

f) Posisi genu pectoral

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian alat tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa daerah rectum dan sigmoid



Gambar 2. 6 Posisi Genu Pectoral

2) Ambulasi dini

Pendekatan ini merupakan salah satu langkah yang bertujuan untuk memperkuat dan meningkatkan daya tahan otot serta memperbaiki fungsi sistem kardiovaskular. Prosesnya dapat dilakukan dengan melatih kemampuan duduk di atas tempat tidur, belajar turun dari tempat tidur, dan berpindah ke kursi roda Menurut (Saputra, 2023).

3) Latihan isotonik dan isometrik

Latihan ini juga bermanfaat untuk membangun kekuatan dan daya tahan otot, dimulai dengan mengangkat beban ringan terlebih dahulu, kemudian secara bertahap beralih ke beban yang lebih berat Menurut (Citrawati *et al.*, 2022).

- a. Latihan isotonik dapat dilakukan melalui gerakan aktif dengan rentang gerak (ROM) tertentu.
- b. Latihan isometrik dilakukan dengan tujuan meningkatkan curah jantung dan frekuensi denyut nadi.

4) Latihan ROM pasif dan Aktif

Pasien yang punya keterbatasan gerak pada sendinya akibat penyakit, disabilitas, atau cedera perlu menjalani latihan sendi buat mencegah dampak negatif dari imobilitas. Latihan ROM bisa dilakukan untuk menjaga kekuatan otot dan mempertahankan kelenturan sendi (Misaroh, 2022).

5) Pemeriksaan Kemampuan Mobilitas dan Kekuatan Otot

- a. Pengukuran kemampuan mobilitas dengan kategori tingkat kemampuan aktivitas sebagai berikut :

Tingkat aktivitas/ mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Tabel 2. 1 Kemampuan Mobilitas

Sumber : Hidayat, (2014)

- b. Pengukuran kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5 sebagai berikut :

Skala	Presentase Kekuatan normal	Karakteristik
0	0	Tidak ada kontraksi Otot yang terlihat
1	10	Ada kontraksi otot, tetapi tidak ada Gerakan
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi,tetapi ketika diberi tahanan otot tidak mampu mempertahankan kontraksi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

Tabel 2. 2 Kekuatan Otot

Sumber : (Mauliydia, 2022)

9. NCP (*Nursing Care Plan*)

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan selamax... jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstremitas (5) Kekuatan otot (5) rentang gerak (ROM) (5) Nyeri (1) Kecemasan (1) Kaku sendi (1) Gerakan tidak terkoordinasi (1) Gerakan terbatas (1) Kelemahan fisik (1) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menurun Cukup menurun Sedang Cukup meningkat Meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Identifikasi frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu(mis.pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sedehanyang harus

		dilakukan(mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--

Tabel 2. 3 NCP (Nursing Care Plan)

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017, Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018, Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018)

B. Konsep Mobilisasi dini Pada Pasien Post Operasi dan Dukungan Mobilisasi

1. Pengertian Mobilisasi dini dan Dukungan Mobilisasi

Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan di mulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Arif *et al.*, 2020)

Dukungan Mobilisasi adalah Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2. Mobilisasi Dini pada Pasien dengan General Anestesi dan Spinal Anestesi

Menurut (Sudaryati, 2024) General Anestesi dan Spinal Anestesi yaitu:

a. General Anestesi

General Anestesi adalah kondisi hilangnya kesadaran secara sementara akibat pemberian obat tertentu, di mana pasien tidak merasakan nyeri meskipun mendapat rangsangan yang biasanya menimbulkan rasa sakit. Kondisi ini bersifat reversibel, artinya kesadaran dapat kembali setelah efek obat hilang. Dalam prosedur ini, pasien dibuat tidak sadar, tidak merasakan nyeri, dan otot-otot tubuh menjadi rileks dengan menggunakan obat anestesi yang diberikan melalui suntikan intravena dan/atau uap inhalasi selama tindakan bedah. Obat-obatan anestesi umumnya bekerja dengan memengaruhi sistem saraf pusat, yaitu dengan mengubah kadar neurotransmitter dan jalur sinyal tertentu untuk menimbulkan efek hilangnya kesadaran dan rasa sakit.

Mobilisasi dini pada pasien dengan General Anestesi biasanya dilakukan secara bertahap yaitu :

1. Dalam 6 sampai 12 jam pertama setelah operasi, pasien sudah bisa mulai melakukan gerakan ringan seperti mengangkat tangan, menekuk kaki, atau menggerakkan telapak kakinya.
2. Hari kedua, pasien sudah bisa duduk di atas tempat tidur sambil makan atau duduk dengan kaki menggantung di sisi tempat tidur. Kalau pasien merasa cukup kuat dan percaya diri, mereka bisa mencoba berjalan ke kamar mandi atau sekadar bergerak di sekitar kamar.
3. Hari ketiga, pasien umumnya sudah bisa berjalan keluar kamar, baik dengan bantuan orang lain maupun secara mandiri kalau kondisinya sudah memungkinkan.

b. Spinal Anestesi

Anestesi spinal, atau intratekal, adalah prosedur pemberian anestesi lokal yang disuntikkan langsung ke dalam cairan serebrospinal di ruang subarachnoid. Teknik ini pertama kali diterapkan pada manusia oleh August Bier pada tahun 1898 dengan menggunakan kokain sebagai anestesi lokal. Penyuntikan biasanya dilakukan di area tulang belakang bagian tengah hingga bawah, dengan lokasi ideal pada sela antara tulang belakang L3-L4 atau L4-L5. Penyuntikan di daerah L1-L2 sebaiknya dihindari karena berisiko menyebabkan cedera pada conus medullaris akibat tusukan jarum.

Mobilisasi dini pada pasien dengan Spinal Anestesi yaitu :

1. Mobilisasi dini setelah anestesi spinal biasanya dimulai 24 jam pasca operasi. Pasien bisa mulai dengan gerakan ringan saat masih berbaring, seperti menggerakkan tangan dan kaki.
2. Hari kedua, pasien sudah bisa duduk di tempat tidur dengan kaki menggantung di tepinya.
3. Hari ketiga, pasien bisa mulai berjalan di dalam kamar atau keluar kamar jika sudah cukup kuat.

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Beberapa manfaat dari mobilisasi dini menurut (Rahmawati, 2024) antara lain

- a. Menjaga fungsi tubuh tetap optimal
- b. Memperbaiki aliran darah, yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka
- c. Membantu meningkatkan kualitas pernapasan
- d. Menjaga keseimbangan tonus otot
- e. Memulihkan aktivitas tertentu agar pasien dapat kembali berfungsi normal dan memenuhi kebutuhan gerak sehari-hari
- f. Meningkatkan kemampuan mobilisasi

4. Tahap-Tahap Mobilisasi Dini

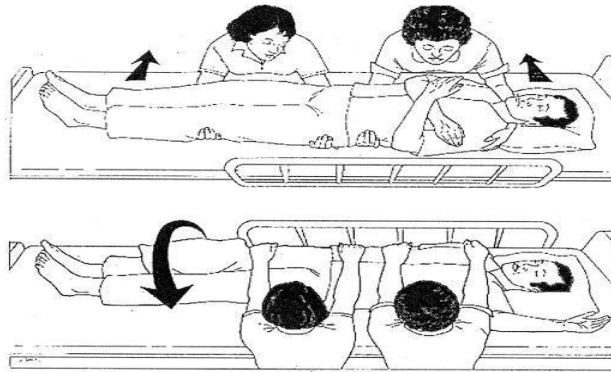
Menurut Ananda, (2021) yaitu :

- a. Tahap 1: Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan Teknik nafas dalam dan batuk efektif, dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°
- b. Tahap 2: Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur
- c. Tahap 3: Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- d. Tahap 4: Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

5. Jenis-Jenis Latihan mobilisasi dini pasca operasi

Menurut (Syokumawena, 2022) sebagai berikut :

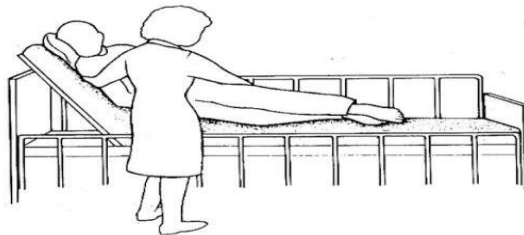
- a. Miring kanan dan kiri
Berikan posisi miring kanan selama maksimal 2 jam dan beri songkongan bantal pada punggung, dan setelah itu pindah posisi untuk miring kiri selama maksimal 2 jam.



Gambar 2. 7 Posisi Miring kanan dan kiri

b. Duduk diatas tempat tidur

Duduk diatas tempat tidur dilakukan 2-3 kali sehari selama 10-15 menit. Duduk diatas tempat tidur dilakukan dengan meninggikan posisi kepala mulai dari 15° , 30° , 45° , 60° , dan 90° . Selanjutnya dilakukan secara mandiri disisi tempat tidur, dengan tungkai disamping tempat tidur.



Gambar 2. 8 Posisi Duduk diatas tempat tidur

c. Turun dari tempat tidur dan berdiri

Pasien dibantu untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan pasien untuk berjalan disamping tempat tidur, dengan berpegangan pada bed pasien. Setelah itu pasien bisa berjalan menggunakan bantuan.



Gambar 2. 9 Posisi Turun dan Berdiri

C. Konsep Dasar Hernia Inguinalis Lateralis

1. Pengertian

Hernia merupakan kondisi ketika sebagian isi rongga perut menonjol melalui bagian dinding perut yang lemah, dan paling sering terjadi pada area inguinal, atau dikenal dengan istilah hernia inguinalis (Sjamsuhidajat, 2016). Hernia inguinalis adalah kasus yang umumnya sering dijumpai, salah satu tanda khas dari hernia inguinalis adalah kondisi di mana terjadi penonjolan sebagian atau seluruh organ melalui titik lemah pada dinding perut (Sayuti & Aprilita, 2023). Pada hernia inguinalis, benjolan sering muncul di lipatan paha atau bahkan masuk ke skrotum, dan biasanya lebih banyak dialami oleh pria karena saluran

inguinal pada pria memang secara anatomi lebih besar (Hamriyani, 2020).

2. Etiologi

Beberapa hal yang dapat memicu terjadinya hernia menurut (Aprilia, 2022) antara lain:

1. Adanya penumpukan cairan di dalam rongga perut (ascites).
2. Riwayat penyakit paru-paru kronis seperti PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronik).
3. Kondisi bawaan sejak lahir.
4. Adanya riwayat hernia dalam keluarga atau faktor keturunan.
5. Kebiasaan mengejan terlalu kuat, misalnya saat buang air besar.
6. Tekanan dalam rongga perut yang meningkat secara berulang.
7. Lemahnya otot-otot dinding perut di area tertentu.
8. Terbukanya saluran prosesus vaginalis, baik sejak lahir (kongenital) maupun didapat kemudian (akuisita).
9. Pekerjaan atau aktivitas fisik yang membutuhkan tenaga atau kekuatan tubuh berlebih.
10. Batuk berkepanjangan dalam jangka waktu lama.

3. Manifestasi Klinis

Keluhan yang sering dialami oleh orang dewasa umumnya berupa munculnya benjolan di area selangkangan (inguinal) yang tampak saat mengejan, mengalami batuk berkepanjangan, atau ketika melakukan aktivitas berat. Benjolan ini biasanya menghilang saat tubuh beristirahat

atau dalam posisi berbaring. Tanda dan gejala hernia inguinalis menurut (Pebriana, 2020) meliputi:

- a. Munculnya benjolan di daerah lipatan paha yang bisa berada di luar atau dalam organ tubuh.
- b. Timbul rasa nyeri disertai mual, terutama jika isi benjolan mengalami penjepitan.
- c. Mual dan muntah juga bisa dirasakan apabila sudah terjadi komplikasi.
- d. Benjolan akan semakin membesar saat penderita mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat.

4. Patofisiologi

Hernia dapat muncul ketika tekanan di dalam rongga perut meningkat, misalnya saat seseorang mengejan, bersin terlalu keras, batuk berkepanjangan, atau mengangkat beban berat. Tekanan yang berlebihan ini lama-kelamaan bisa melemahkan dinding perut, terutama jika jaringan ototnya sudah tipis atau lemah. Akibatnya, sebagian isi perut bisa menonjol keluar dan menyebabkan hernia (Qiemas, 2020).

Seiring dengan bertambahnya usia, risiko terjadinya hernia pun meningkat. Hal ini disebabkan oleh proses penuaan yang membuat otot dan jaringan tubuh melemah serta adanya penyakit tertentu yang meningkatkan tekanan di dalam perut. Pada usia dewasa, saluran inguinal (kanalis inguinalis) yang biasanya sudah tertutup dapat terbuka kembali jika terus-menerus mendapat tekanan, seperti saat batuk kronis atau

mengangkat benda berat. Ketika itu terjadi, bagian tubuh seperti usus bisa terdorong keluar melalui saluran tersebut dan membentuk benjolan yang disebut hernia inguinalis. Hernia sendiri terdiri dari tiga bagian utama, yaitu: kantong hernia yang dibentuk oleh selaput peritoneum, isi hernia yang bisa berupa usus, ovarium, atau bagian lain dari organ tubuh, dan struktur luar hernia yang biasanya terlihat di bawah kulit, seperti di skrotum pada pria (Kurniawati *et al.*, 2021).

5. Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidajat (2016), hernia dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok, yaitu:

- a. Berdasarkan terjadinya:
 - 1) Hernia bawaan (*congenital*): yaitu hernia yang sudah ada sejak lahir.
 - 2) Hernia didapat (*akuisita*): hernia yang timbul akibat faktor tertentu setelah lahir, seperti aktivitas fisik berat atau kelemahan otot.
- b. Berdasarkan lokasinya:
 - 1) Hernia inguinalis: benjolan hernia muncul di daerah lipatan paha (*regio inguinalis*).
 - 2) Hernia femoralis: isi perut menonjol di area paha bagian dalam, tepatnya di fosa femoralis.
 - 3) Hernia diafragmatika: isi rongga perut masuk ke dalam rongga dada melalui celah pada diafragma.

- 4) Hernia umbilikalis: benjolan tampak di sekitar pusar atau dinding perut bagian tengah.
- 5) Hernia nucleus pulposus (HNP): yaitu tonjolan pada diskus tulang belakang akibat pergeseran inti diskus.

c. Berdasarkan sifat hernia:

- 1) Hernia reponibel: isi hernia masih bisa dikembalikan ke dalam rongga perut tanpa tindakan operasi.
- 2) Hernia irreponibel: isi hernia tidak dapat kembali ke dalam rongga perut.
- 3) Hernia akreta: isi hernia melekat erat pada kantong peritonium sehingga tidak mudah digerakkan.
- 4) Hernia inkarserata (*incarcerated*): hernia yang terjepit di cincin hernia sehingga tidak dapat keluar atau kembali.

d. Berdasarkan isinya:

- 1) Hernia adiposa: isi hernia terdiri dari jaringan lemak.
- 2) Hernia litre: jenis hernia terjepit (inkarserata atau strangulasi) yang hanya sebagian dinding ususnya yang masuk ke cincin hernia.
- 3) Sliding hernia: bagian isi hernia juga membentuk sebagian dari dinding kantong hernia itu sendiri.

6. Komplikasi

Menurut (Meliani & Dytho, 2022), komplikasi yang dapat terjadi pada hernia meliputi:

- a) Isi hernia menempel pada kantong hernia, sehingga tidak dapat dikembalikan ke posisi semula.
- b) Terjepitnya pembuluh darah akibat pembengkakan, yang dapat menyebabkan terbentuknya hematoma.
- c) Kematian jaringan usus (nekrosis) karena aliran darah terhambat akibat strangulasi.
- d) Kesulitan buang air kecil atau retensi urin.
- e) Pembengkakan pada testis akibat gangguan aliran darah dan atrofi testis.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Putri, 2023) Pemeriksaan pada penderita hernia dapat dilakukan menggunakan USG (ultrasonografi), CT scan, dan MRI (Magnetic Resonance Imaging). Melalui pemeriksaan ini, keberadaan organ yang terperangkap dalam kantong hernia dapat diidentifikasi dengan lebih akurat. Pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan meliputi:

- 1) Foto rontgen perut (sinar X abdomen) untuk melihat jumlah gas dalam usus atau adanya sumbatan.
- 2) Laparoskopi digunakan untuk menentukan letak hernia inguinalis serta mengevaluasi apakah hernia bersifat berulang atau tidak.
- 3) Pemeriksaan herniogram dilakukan dengan menyuntikkan zat kontras ke dalam rongga peritoneum untuk mendeteksi adanya tonjolan yang tidak simetris di area inguinal. Selain itu, penderita

hernia juga dapat diperiksa menggunakan metode sederhana, seperti:

- a. Pemeriksaan finger test, dilakukan dengan memasukkan jari melalui skrotum ke saluran inguinal; jika terasa benjolan di ujung jari, kemungkinan besar adalah hernia inguinalis lateralis.
- b. Pemeriksaan Ziemen test, dilakukan dengan meningkatkan tekanan intraabdomen; jika benjolan menyentuh jari ke-2, diduga hernia inguinalis lateralis, jari ke-3 mengarah ke hernia inguinalis medialis, dan jari ke-4 ke hernia femoralis.
- c. Pemeriksaan thumb test, dengan menekan anulus internus menggunakan ibu jari; jika benjolan tetap muncul, kemungkinan hernia medialis, jika tidak muncul, cenderung hernia lateralis.

8. Penatalaksanaan

Terdapat dua metode penanganan hernia, yaitu:

1. Penanganan Konservatif

Penanganan ini bersifat sementara dan berisiko kambuh (Utami, 2020), meliputi:

- a) Reposisi: Mengembalikan isi hernia ke rongga perut menggunakan kedua tangan. Tidak dianjurkan pada kasus hernia strangulasi, kecuali pada anak-anak.
- b) Suntikan Sklerotik: Penyuntikan cairan (seperti alkohol) di sekitar hernia untuk mengecilkan pintu hernia.

- c) Pemakaian Sabuk Hernia: Digunakan jika ukuran pintu hernia kecil atau pasien menolak operasi.

2. Penanganan Operatif

Operasi adalah penanganan utama dan definitif untuk hernia (Mustikaturrokhmah & Sijabat, 2022), terdiri dari:

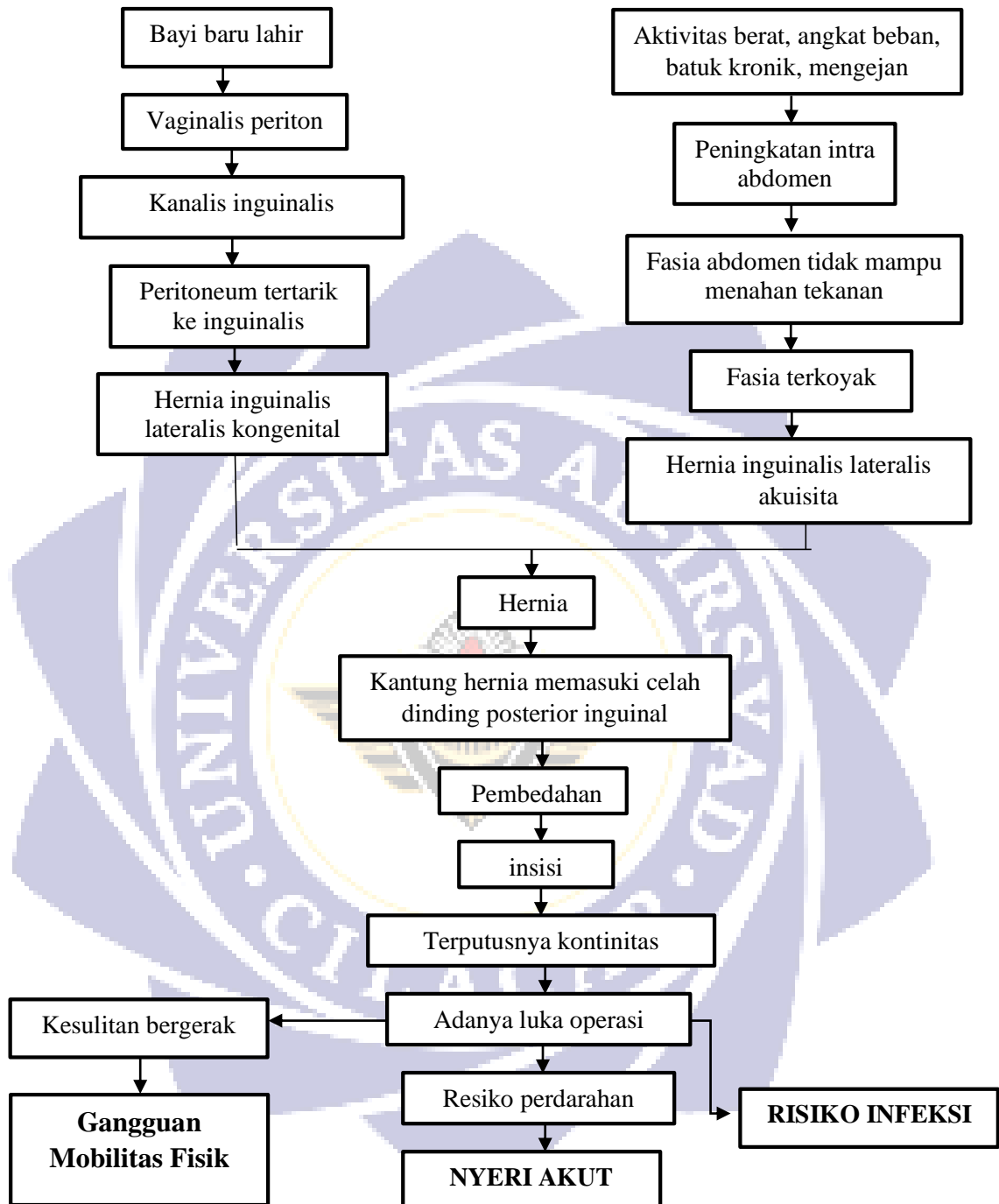
- a) Herniotomi: Membuka dan memeriksa isi kantong hernia, lalu mengembalikannya ke dalam perut dan mengikat kantongnya.
- b) Hernioplasti: Operasi untuk mencegah hernia kambuh dengan memperkecil cincin inguinal dan memperkuat dinding belakang.
- c) Herniorafi: Mengembalikan isi hernia dan menutup celah dengan menjahit otot perut ke ligamen inguinal.

D. Potensi Kasus Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Potensi Gangguan Mobilitas Fisik meliputi:

1. Stroke
2. Cedera medulla spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoarthritis
6. Ostemalasia
7. Keganasan

E. Pathways



Bagan 2. 1 Pathways

Sumber (Ramadhani & Pratiwi, 2022)