

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Hernia

##### 1. Pengertian

Hernia adalah penonjolan abnormal isi rongga perut melalui defek atau bagian lemah dari dinding yang rusak. Berdasarkan terjadinya, hernia atas hernia bawaan atau *kongenital* dan hernia dapatan atau *akuisita*. Hernia berisi cincin (*fasia*), kantong (*peritoneum*) dan isi hernia. (Sjamsuhidajat, 2019).

Hernia adalah produksi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian terlemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen isi perut menonjol melalui defek atau bagian terlemah 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 keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada didalam keadaan normal tertutup (Zahro, 2019).

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 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).

## 2. Etiologi

Menurut Zahro (2019), hernia dapat di jumpai pada segala usia dan lebih banyak pada laki-laki. Penyebab utama terjadinya hernia adalah sebagai berikut:

### a. Kelemahan dinding otot

Pada abdomen terdapat kelemahan dinding pada bagian dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen

### b. Adanya peningkatan tekanan intra abdomen

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

### c. Kongenital

Faktor resiko yang dapat menyebabkan hernia adalah kegemukan dan angkat berat karena dapat meningkatkan tekanan intra abdomen.

Menurut Sjamsuhidajat (2019) hernia dapat terjadi karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat (akuisistik). Hernia dapat dijumpai pada segala usia, dan lebih banyak pada laki-laki dari pada perempuan.

## 3. Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidajat 2019, klasifikasi hernia antara lain:

### a. Berdasarkan terjadinya:

- 1) Hernia bawaan atau *congenital*
  - 2) Hernia didapat atau *akuisita*
- b. Berdasarkan tempatnya:
- 1) Hernia *Inguinalis*: hernia isi perut yang tampak di daerah sela paha (regio inguinalis).
  - 2) Hernia *femoralis*: hernia isi perut yang tampak di daerah fosa femoralis.
  - 3) Hernia *diafragmatik*: hernia yang masuk melalui lubang diafragma ke dalam rongga dada.
  - 4) Hernia *umbilikal*: hernia isi perut yang tampak di daerah isi perut
  - 5) Hernia *nucleus pulposus* (HNP).
- c. Berdasarkan sifatnya
- 1) Hernia *reponibel*: yaitu isi hernia masih dapat dikembalikan ke kavum abdominalis lagi tanpa operasi.
  - 2) Hernia *irreponibel*: yaitu isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga.
  - 3) Hernia *akreta*: yaitu perlengketan isi kantong pada peritonium kantong hernia.
  - 4) Hernia *incarcerated*: yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia.
- d. Berdasarkan isinya
- 1) Hernia *adiposa*: adalah hernia yang isinya terdiri dari jaringan lemak.

2) Hernia *litter*: adalah hernia inkarserata atau strangulate yang sebagian dinding ususnya saja yang terjepit di dalam cincin hernia.

3) *Slinding* hernia: adalah hernia yang isi hernianya menjadi sebagian dari dinding kantong hernia.

#### 4. Manifestasi Klinis

Biasanya keluhan orang dewasa berupa kelenjar getah bening ganda yang muncul saat mengejan, batuk atau mengangkat beban berat dan menghilang saat berbaring. Selama pemeriksaan, perhatikan kesimetrisan selangkangan, skrotum atau labia saat berdiri dan berbaring. Pasien diminta untuk meregang atau batuk sehingga simpul atau ruang simetris terlihat. Palpasi dilakukan pada benjolan hernia, palpasi untuk konsistensi dan mencoba menekan untuk melihat apakah nodul dapat disreposisi. Dengan menggerakkan benjolan dengan jari telunjuk, cincin hernia terkadang dapat teraba berupa cincin inguinalis yang melebar (Subarjo, 2017).

Tanda dan gejala menurut Black and Janis dkk (2017), antara lain :

- a. Tampak benjolan dilipatan paha.
- b. Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai perasaan mual.
- c. Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas



- d. Hernia femolaris kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah), benjolan dibawah sela paha.
- e. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.
- f. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

#### 5. Patofisiologi

Hernia terdiri dari 3 unsur yaitu kantong hernia yang terdiri dari peritonium, isi hernia yang biasanya terdiri dari usus, omentum, kadang berisi organ intraperitonal lain atau organ ekstrapertitonal seperti ovarium, apendiks divertikel dan bulu-bulu. Unsur terakhir adalah struktur yang menutupi kantong hernia yang dapat berupa kulit (skrotum) umbilikus atau organ-organ lain misalnya paru dan sebagainya. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan *locus minoris resistance*, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti batuk kronik, bersin yang kuat, mengejan dan mengangkat barang-barang yang berat. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar (Wahid et al., 2019).

Penyebab terjadinya hernia adalah lemahnya dinding otot perut untuk menopang rongga perut, obesitas dan mengangkat beban yang terlalu berat, sehingga tekanan intra-abdomen meningkat. Tekanan intra abdomen meningkat akibatnya hernia tidak dapat dipulihkan dan cincin hernia memberikan tekanan karena jumlah usus yang menembus meningkat, cincin hernia menyempit menyebabkan kembung, muntah, sembelit. Jika dibiarkan, *fibrokarsinoma* menyebabkan pembengkakan yang menyebabkan kompresi pembuluh darah dan nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada kondisi yang terkena hernia antara lain dari obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menyebabkan abses lokal peritonitis (Zahro, 2019).

#### 6. Penatalaksanaan Medis

Menurut Muttaqin (2018), Penatalaksanaan medis antara lain :

##### a. Terapi umum

Terapi konservatif sambil menunggu proses penyembuhan melalui proses selama dapat dilakukan pada hernia umbilikalis pada anak usia dibawah 2 tahun. Terapi konservatif berupa alat penyangga dapat dipakai sebagai pengelolaan sementara, misalnya adalah pemakaian korslet pada hernia ventralis.

##### b. 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 irreparabilis apabila pasien takut operasi, yaitu dengan cara : bagian hernia di kompres dingin, penderita di beri penenang valium 10 mg agar tidur, pasien di posisikan trandelenberg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

c. Suntikan

Setelah reposisi berhasil suntikan zat yang bersifat sklerotik untuk memperkecil pintu hernia.

d. Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu hernia relative kecil.

e. Tindakan operasi yang merupakan satu-satunya yang rasional

f. Hernioplastik endoscopy

Untuk pengobatan pada hernia inguinalis, antara lain :

1) Pengobatan 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.

## 2) Pengobatan operatif

Merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis yang rasional. Indikasi operatif sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Prinsip dasar operasi hernia terdiri dari herniotomy dan herniaraphy

## 3) Herniotomy

Dilakukan pembedahan kantong hernia sampai kelehernya. Kantong dibuka dan isi hernia di bebaskan kalau ada perlengketan, kemudian reposisi, kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu potong.

## B. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Konsep Nyeri

#### a. Pengertian

Nyeri adalah suatu kondisi yang kurang memuaskan yang diakibatkan oleh rangsangan fisik ataupun dari serabut saraf dari dalam tubuh ke otak serta dapat diikuti reaksi fisik, emosional maupun fisiologis (Sari et al., 2018)

Nyeri yang timbul pasca operasi merupakan kejadian yang menekan atau stress, dan dapat mengubah gaya hidup dan kesejahteraan psikologi individu. Nyeri akut yang timbul harus segera



dikelola agar tidak timbul komplikasi seperti syok neurogenik karena nyeri akut dapat menyebabkan denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat. Jika nyeri tidak dikontrol dapat menyebabkan proses rehabilitasi klien tertunda dan hospitalisasi menjadi lama. Hal ini karena klien memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan.

Nyeri adalah suatu kondisi yang perlu diatasi dengan manajemen nyeri sebab rasa nyaman adalah kebutuhan dasar manusia (Kurniawaty & Febrianita, 2020).

b. Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018), klasifikasi nyeri berdasarkan durasi:

1) Nyeri Akut

Nyeri akut yaitu nyeri yang terjadi atau diakibatkan dari penyakit atau intervensi pembedahan serta mempunyai intensitas yang bermacam-macam (ringan hingga berat) serta berlangsung dengan waktu yang singkat. Nyeri akut akan berakhir sendiri serta nyeri akut akan hilang sendiri tanpa diberi obat sesudah kondisi membaik pada lokasi jaringan yang terjadi kerusakan.

2) Nyeri Kronik

Nyeri kronik merupakan nyeri yang terjadi terus menerus sepanjang waktu. Nyeri kronik dapat berlangsung lebih dari 6 bulan dan intensitasnya bervariasi.

### c. Respon Nyeri

Menurut Andarmoyo (2018) respon nyeri terbagi menjadi 2 respon yaitu :

#### 1) Respon Fisiologi

Respon fisiologis diduga menjadi indikator nyeri yang tepat dibandingkan perkataan. Respon fisiologi digunakan untuk alternative informasi verbal nyeri pada klien yang tidak sadar serta tidak digunakan untuk verifikasi informasi verbal.

#### 2) Respon Perilaku

Respon perilaku pada nyeri diperlihatkan seseorang benar-benar bervariasi seperti vokalisasi antara lain mengaduh, menangis, dan mendengkur. Ekspresi wajah antara lain meringis, gerakan tubuh antara lain gelisah, interaksi sosial seperti menghindari percakapan dengan orang.

### d. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri, menurut Prasetyo (2016):

#### 1) Usia

Usia merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi nyeri pada individu, terutama pada bayi yang masih sulit ditangani. Orang tua dengan rasa sakit dan sering banyak rasa sakit.

#### 2) Jenis kelamin

Pada dasarnya, tidak ada perbedaan rasa nyeri antara pria dan wanita

### 3) Kebudayaan

Orang-orang belajar dari budaya mereka bagaimana menangani rasa sakit dengan benar

### 4) Makna nyeri

Bagi seorang individu, pengertian nyeri adalah suatu sensasi yang mempengaruhi pengalaman nyeri dan bagaimana individu tersebut beradaptasi.

### 5) Lokasi dan tingkat keparahan nyeri

Rasa sakit yang dirasakan biasanya bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan dan berbeda-beda dari setiap orang.

### 6) Perhatian

Tingkat perhatian individu terhadap rasa nyeri mempengaruhi rasa nyeri

### 7) Kecemasan

Ada hubungan yang kompleks antara rasa sakit dan rasa takut dan rasa takut tersebut dapat meningkatkan rasa sakit, tetapi rasa sakit juga dapat menyebabkan rasa sakit.

### 8) Kelelahan

Kelelahan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan rasa sakit

### 9) Pengalaman sebelumnya

Individu yang biasa merasakan nyeri akan lebih siap untuk mengantisipasi nyeri dari individu belum pernah merasakan nyeri

### 10) Dukungan keluarga dan sosial

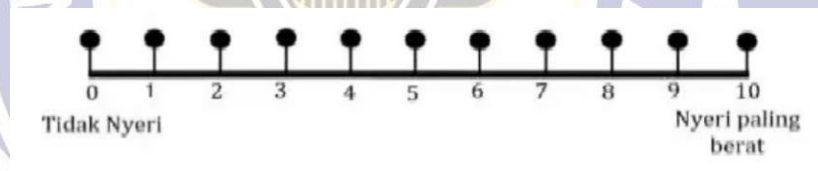
Orang dengan rasa sakit pasti membutuhkan dukungan, kehadiran orang terdekat dapat menghilangkan rasa kecemasan

e. Pengukuran Nyeri

1) Skala Nyeri Deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal /*Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (Mubarak et al., 2015).

Gambar 2. 1 Skala Nyeri Deskriptif



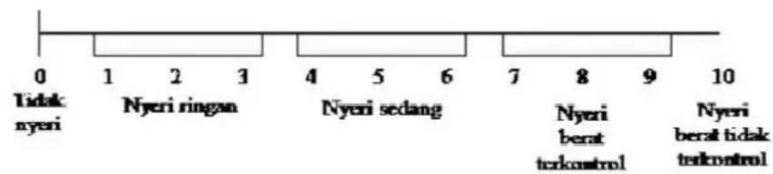
Sumber: Mubarak et al., (2015)

2) Skala *Numerical Rating Scale* (NRS) (Skala Numerik angka)

Skala numerik dipakai menjadi alternatif instrumen untuk mendeskripsikan ucapan. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 hingga 10. Skala ini dipakai pada saat pengkajian nyeri sebelum serta sesudah intervensi terapeutik (Andarmoyo, 2018).



Gambar 2. 2 Skala Nyeri Numerik (NRS)

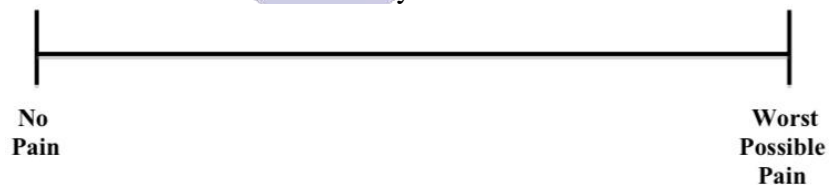


*Sumber:* Mubarak et al., (2015)

### 3) Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/reduksi rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi (Andarmoyo, 2018).

Gambar 2. 3 Skala Nyeri VAS



*Sumber:* Mubarak et al., (2015)

#### 4) Skala Wong-Baker (berdasarkan ekspresi wajah)

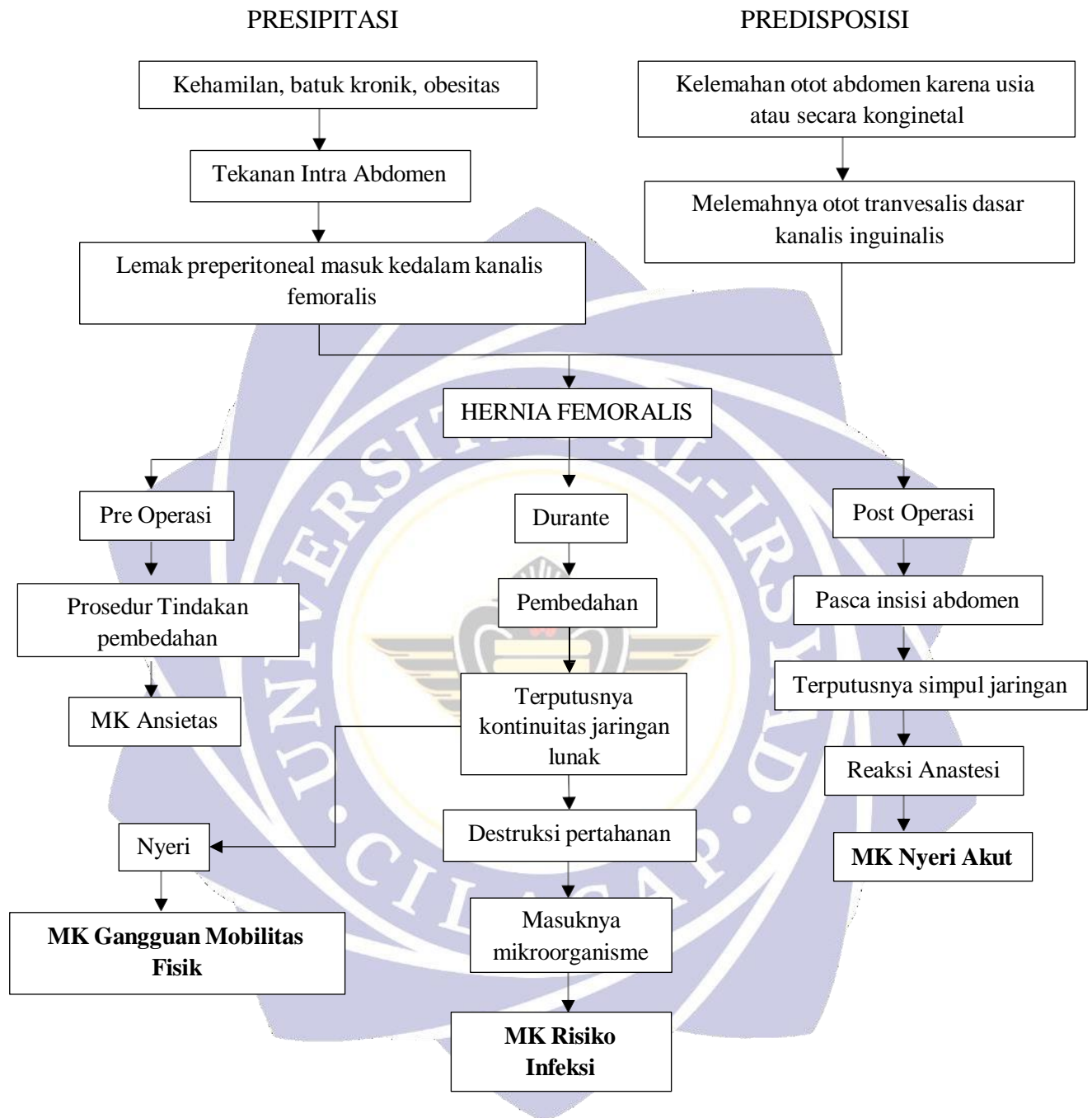
Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri, kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak et al., 2015).

Gambar 2. 4 Skala Nyeri Wong Baker

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tertahanakan

Sumber: Mubarak et al., (2015)

## f. Pathways/ Pohon Masalah



Bagan 2.1 Pathways Hernia Femoralis

Sumber : Nuari (2015)

g. Penatalaksanaan Keperawatan

Upaya dan teknik yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri dalam Mayasari (2016) adalah sebagai berikut :

1) Relaksasi

Relaksasi merupakan pelepasan otot sehingga akan mengurangi ketegangan otot yang dapat mengurangi rasa nyeri. Teknik yang dilakukan yaitu dengan nafas dalam secara teratur dengan cara menghirup udara melalui hidung, tahan dan keluarkan secara perlahan melalui mulut.

2) Teknik Distraksi

Teknik distraksi merupakan cara pengalihan perhatian pasien dari rasa nyeri. Adapun cara mengalihkan nyeri sebagai berikut :

- a) Bernapas lambat dan berirama
- b) Aktif mendengarkan musik
- c) Mendorong untuk menghayal
- d) Menonton televisi

3) TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)

TENS merupakan salah satu teknik pengendalian nyeri non farmakologik karena teknik tersebut menyebabkan pelepasan endorfin, seperti penggunaan placebo (substansi *Inert*). Efek placebo timbul dari produksi alamiah (endogen) endorfin dalam sistem kontrol desenden. Efek ini merupakan respon fisiologis sejati yang dapat di putar balik oleh nalokson, suatu antagonis narkotik



#### 4) *Massage* ( pijatan)

Ada beberapa teknik pijatan yang dapat dilakukan yaitu, remasan pada otot bahu, selang seling tangan memijat punggung dengan tekanan pendek, cepat dan bergantian tangan, petrisasi dengan menekan punggung secara horizontal kemudian pindah tangan dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas, tekanan menyikat secara halus tekan punggung dengan menggunakan ujung-ujung jari untuk mengakhiri pijatan

#### 5) Terapi Es

Terapi es dapat menurunkan prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutane lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan

#### 6) Akupunktur

Sebuah teknik tusuk jarum yang menggunakan jarum-jarum kecil dan panjang untuk menusuk ke bagian tertentu dalam tubuh untuk menghasilkan ketidakpekaan terhadap rasa nyeri.

#### 7) Hipnosa

Teknik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadarkan diri yang dicapai melalui gagasan yang disampaikan oleh orang yang menghipnotisnya.

## 8) Analgetik

Mengurangi persepsi nyeri seseorang tentang rasa nyeri, terutama melalui daya kerja atau sistem saraf pusat dan mengubah respon seseorang terhadap rasa tidak nyaman

## 2. Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Menurut Masriadi, (2016, dalam Mardiansyah, 2023) pengkajian keperawatan pada klien hernia adalah sebagai berikut :

#### 1) Identitas

Pada pasien hernia adalah riwayat pekerjaan biasanya mengangkat benda berat, nyeri seperti tertusuk pisau yang akan semakin memburuk dengan adanya batuk dan bersin Discharge Planing pasien adalah hindari mengejan, mengangkat benda berat, menjaga balutan luka operasi tetap kering dan bersih, biasanya penderita hernia yang sering terkena adalah laki-laki pada hernia inguinalis dan pada hernia femoralis yang sering terkena adalah perempuan untuk usia antara 45- 75 tahun (Nurhastuti, 2019).

#### 2) Keluhan Utama

Pada *anamnesis* keluhan utama yang wajib didapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sesudah pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien dapat digunakan metode PQRST (Masriadi, 2016). Pada umumnya keluhan utama pada

kasus hernia adalah terasanyeri. Nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (Grace, 2016).

### 3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Merasa ada benjolan di skrotum bagian kanan atau kiri dan kadang-kadang mengecil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat beban berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai mual-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis metabolik, abses, fistel, peritonitis. Pada pasien post operasi hernia juga akan merasakan nyeri dimana nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (Nurhastuti, 2019).

### 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor predisposisi seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan, serta riwayat operasi sebelumnya pada

daerah abdomen atau operasi hernia yang pernah dialami klien sebelumnya (Nurhastuti, 2019).

Ada riwayat penyakit dahulu yang penting untuk dikaji antara lain penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian peroperasi serta aktivitas (khususnya pekerjaan) yang mengangkat beban berat juga mempunyai resiko terjadi hernia (Masriadi, 2016).

#### 5) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga (Nurhastuti, 2019).

#### 6) Riwayat Psikososial

Merupakan respon emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Andini, 2018).

#### 7) Pengkajian Fungsional

##### a) Pola Aktivitas

Apakah klien mengalami kelemahan, merasa lemas, lelah, tirah baring, penurunan kekuatan otot, kehilangan tonus otot dan letargi.

##### b) Pola Eliminasi



Apakah klien mengalami perubahan karakteristik urine dan feses, ketidakmampuan defekasi, konstipasi, penurunan pengeluaran urine, menurunnya peristaltik/bising usus.

c) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

e) Pola Hubungan Peran

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

f) Pola Sensori Kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

g) Pola persepsi dan Konsep Diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

## 8) Pemeriksaan head to toe

### a) Tanda - Tanda Vital

Keadaan klien dengan hernia biasanya mengalami kelemahan serta tingkat kesadaran composmentis. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi appendiks.

### b) Kepala

Rambut : Termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut.

Kulit kepala : Termasuk benjolan atau lesi

Wajah : Pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri.

### c) Mata

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

Pupil: Miosis, midrosis, atau anisokor.

### d) Telinga

Daun telinga masih simetris kanan dan kiri, gendang telinga tidak tertutup, seumen berwarna putih keabuan dan masih dapat bervibrasi dengan baik apabila tidak mengalami infeksi skunder. Pengkajian terhadap pendengaran terhadap bisikan maupun tes garpu tala dapat mengalami penurunan.

e) Hidung

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

f) Mulut dan Faring

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

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

g) Paru – Paru

Frekuensi pernafasan 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.

h) Dada

Inspeksi : Dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retraksi 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).

i) Abdomen

Inspeksi : pemeriksaan visual abdomen dengan memperhatikan bentuk abdomen, kelainan kulit.

Auskultasi : mendeteksi perubahan bising usus, gesekan, atau bruit vaskuler

Palpasi : Adanya nyeri tekan atau massa perut

j) Integumen

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

k) Genetalia

Inspeksi mengenai warna, kebersihan, benjolan seperti lesi, massadan tumor.

l) Ekstremitas

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

Adapun kekuatan otot nya yaitu :

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

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual dan potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalaman, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan klien yang nyata dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Astuti, 2020).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada post operasi hernia femoralis *dextra* adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)

Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik, pengalaman sensorik yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat yang

berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang lebih 3 bulan.

a) Etiologi : Agen pencedera fisiologis (ms.inflamasi, iskemia, neoplasma), Agen pencedera kimiawi (ms.terbakar, bahan kimia iritan), Agen pencedera fisik (ms. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat beban, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

b) Manifestasi Klinis

(1) Tanda Gejala Mayor:

Tanda Subjektif: Mengeluh nyeri.

Tanda Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur.

(2) Tanda Gejala Minor:

Tanda Subjektif: -,

Tanda Objektif : TD meningkat, pola nafas berubah, menarik diri, fokus diri sendiri, diaforesis.

c) Kondisi Klinis Terkait :

(1) Kondisi pembedahan

(2) Cedera traumatis

(3) Infeksi

(4) Sindrom coroner akut

(5) Glaucoma

## 2) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)

Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

a) Etiologi : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskokeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

### b) Manifestasi Klinis

#### (1) Tanda Gejala Mayor :

Tanda subjektif : mengeluh sulit menggerakan ekstermitas.

Tanda objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

#### (2) Tanda Gejala Minor :

Tanda subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Tanda objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Trauma
- (4) Fraktur
- (5) Osteoarthritis
- (6) Osteomalasia
- (7) Keganasan

3) Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Risiko Infeksi b.d efek prosedur invasif, beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

a) Faktor resiko:

- (1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- (2) Efek prosedur invasif
- (3) Malnutrisi
- (4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- (5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

(a) Gangguan peristaltic

(b) Kerusakan integritas kulit

(c) Perubahan sekresi PH

(d) Penurunan kerja siliaris

(e) Ketuban pecah lama

(f) Ketuban pecah sebelum waktunya

(g) Merokok



- (h) Status cairan tubuh
- (6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
  - (a) Penurunan hemoglobin
  - (b) Immunosupresi
  - (c) Leukopenia
  - (d) Supresi respon inflamasi
  - (e) Vaksinasi tidak adekuat
- b) Kondisi Klinis Terkait
  - (1) AIDS
  - (2) Luka bakar
  - (3) Penyakit paru obstruktif kronis
  - (4) Diabetes mellitus
  - (5) Tindakan invasif
  - (6) Kondisi penggunaan terapi steroid
  - (7) Penyalahgunaan obat
  - (8) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - (9) Kanker
  - (10) Gagal ginjal
  - (11) Immunosupresi
  - (12) Lymphedema
  - (13) Leukositopenia
  - (14) Gangguan fungsi hati

### c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun definisi dari luaran (*outcome*) keperawatan itu sendiri adalah aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan (SLKI, 2018).

Tabel 2. 1  
Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan Kriteria Hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. Meringis</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Kesulitan tidur</li> </ol>	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> </ol>

			<p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</li> </ol>
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi

	nyeri (D.0054)	<p>selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas</li> <li>2. Kekuatan otot</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
3.	Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat infeksi (L.03030)</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun , dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan</li> <li>2. Bengkak</li> <li>3. Nyeri</li> </ol>	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih</li> </ol>



		<p>nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li><li>4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li><li>5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li><li>6. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li></ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li></ol>
--	--	--

d. Implementasi Keperawatan

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2018).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Muttaqin, 2018).

**C. Evidence Based Practice (EBP)**

1. Konsep Relaksasi Genggam Jari

a. Definisi Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari (*finger hold*) merupakan teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun. Teknik ini berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi. Teknik tersebut nantinya dapat menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalur atau jalur energi dalam tubuh) yang terletak pada jari tangan kita, sehingga mampu memberikan rangsangan secara reflek (spontan) pada saat

genggaman. Rangsangan yang didapat nantinya akan mengalirkan gelombang menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Indrawati & Arham, 2020). Teknik relaksasi genggam jari adalah teknik terapi relaksasi menggunakan jari jemari serta gelombang tenaga yang ada di dalam tubuh (Kurniawaty & Febrianita, 2020). Relaksasi genggam jari salah satu teknik relaksasi yang dilakukan untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Untuk menurunkan resistensi perifer dan menaikkan elastisitas pembuluh darah otot-otot dan peredaran darah akan lebih sempurna dalam mengambil dan mengedarkan oksigen serta relaksasi otot progresif dapat bersifat vasodilator yang efeknya memperlebar pembuluh darah dan dapat menurunkan tekanan darah secara langsung serta dapat mengurangi rasa nyeri (Astutik & Kurlinawati, 2017).

b. Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Manfaat teknik genggam jari menurut Astutik & Kurlinawati, (2017) yaitu :

#### 1) Nyeri menjadi menurun

Melakukan metode relaksasi genggam jari dapat merespon serabut aferen non-nosiseptor yang menyebabkan rangsangan nyeri menjadi terhambat serta berkurang. Teori two gate control menjelaskan adanya salah satu “pintu gerbang” di saraf thalamus mengontrol rangsangan nyeri dari saraf trigemius dan menyebabkan rangsangan yang mengarah ke korteks serebri menjadi terhalang sehingga nyeri berkurang

- 2) Kecemasan serta depresi menjadi menurun
- 3) Dapat memberikan rasa damai, fokus dan nyaman
- 4) Memperbaiki aspek emosi

Disepanjang jari-jari tangan ada aliran tenaga yang berkaitan dengan beberapa organ serta emosi. Titik-titik rileks pada bagian tangan dapat memberikan rangsangan dengan cara otomatis saat menggenggam. Rangsangan itu dapat menyalurkan semacam gelombang listrik yang menuju ke otak. Gelombang tersebut diterima otak serta diproses cepat kemudian mengarah pada saraf yang ada pada organ yang menderita gangguan. Metode relaksasi tersebut juga bisa membuat tubuh menjadi rileks dan dalam kondisi rileks menyebabkan keluarnya hormon endorfin yang merupakan analgesik alami terdapat di tubuh sehingga nyeri berkurang



c. Prosedur Relaksasi Genggam Jari

Prosedur teknik relaksasi genggam jari yang dilaksanakan 15 menit dari satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama menurut (Astutik & Kurlinawati, 2017).

- 1) Posisi duduk atau berbaring
- 2) Langkah-langkah teknik relaksasi genggam jari
  - a) Gerakan menggenggam ibu jari dengan telapak tangan sebelahnya
  - b) Gerakan menggenggam jari telunjuk dengan telapak tangan sebelahnya
  - c) Gerakan menggenggam jari tengah dengan telapak tangan sebelahnya
  - d) Gerakan menggenggam jari manis dengan telapak tangan sebelahnya
  - e) Gerakan menggenggam jari kelingking dengan telapak tangan sebelahnya
  - f) Tutup mata, fokus, tarik nafas dengan hidung serta keluarkan melalui mulut.
  - g) Katakan semakin rileks hingga benar-benar menjadi rileks
  - h) Apabila keadaan sudah rileks bisa dilakukan dengan kata memberi motivasi kepada diri sendiri seperti saya pasti bisa, saya ingin masalah saya cepat selesai, maafkan, lepaskan,

saya ingin nyeri cepat turun dan sebagainya sesuai permasalahannya

i) Gunakanlah perintah yang berlawanan untuk menormalisasikan pikiran alam bawah sadar seperti mata aku perintah untuk normal dan buka kembali.

j) Lepaskan menggenggam jari serta usahakanlah menjadi lebih santai.

## 2. Jurnal Penerapan Tindakan Relaksasi Genggam Jari Untuk Mengurangi Post Op Hernia Femoralis

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini, peneliti akan menggunakan *Evidence Based Practice* (EBP) mengenai penerapan teknik relaksasi genggam jari pada pasien post op hernia femoralis *Evidence Based Practice* dalam penelitian ini juga dimuat dalam beberapa jurnal, diantaranya :

### a. Penelitian Rosiska (2021) dengan judul Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Op

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post OP di Ruang Bedah RSUD Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2021. Jenis penelitian ini dilakukan menggunakan penelitian Quasy Eksperimen dengan Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan One Grup Pretest and Post test Design. Populasi pada penelitian ini adalah jumlah pasien post op di ruang

bedah RSUD Mayjen H.A Thalib dari bulan Januari s.d Maret 2021 yaitu sebanyak 13 orang. Sampel diambil secara purposive sampling yaitu sebanyak 8 orang dengan memperhatikan kriteria inklusi sampel. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi. Analisa univariat diolah dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat diolah dengan uji T test independent. Hasil didapatkan setengah responden (50%) mengalami nyeri ringan dan sedang sebelum dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari dan lebih dari setengah responden (63%) mengalami nyeri ringan setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi genggam jari.. Hasil bivariat. ada pengaruh terhadap penurunan nyeri pada pasien post op. Didapatkan nilai p-value 0,011. Disimpulkan ada pengaruh pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op. Diharapkan pihak RSUD dapat menerapkan terapi non farmakologi teknik relaksasi genggam jari ini untuk menurunkan tingkat nyeri pada pasien post op di ruangan.

- b. Penelitian Kartika, *et al* (2020) dengan judul Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari (Finger Hold) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Ruang Anggrek RSUD Ngimbang Lamongan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post-op hernia. Penelitian ini menggunakan desain pre-eksperimental dengan rancangan penelitian one group pre-post test.

Populasi penelitian seluruh pasien post-op hernia yang mengalami nyeri pada bulan Februari-April 2020, menggunakan teknik pengambilan sampel simple random sampling yang berjumlah 32 responden. Instrumen penelitian menggunakan SOP teknik rekalsasi genggam jari dan lembar observasi skala nyeri bourbanis. Data dianalisis menggunakan uji Paired Sampel T-Test dengan nilai signifikan  $\alpha=0,05$ . Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri 6,97 dengan standart deviation 0,695 ,setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri 5,94 dengan standart deviation 0,669. Hasil uji P Sign = 0,000 dimana P sign <  $\alpha$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima artinya terdapat pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post-op hernia di ruang Anggrek RSUD Ngimbang Lamongan.

3. Sugiyanto, (2020) Dengan judul “Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari Di Rsud Sawerigading Palopo”,

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pasca operasi. Jenis penelitian yang digunakan adalah Quasi Eksperiment dengan bentuk pre-post test with control grup. Sampel yang digunakan sebanyak 50 responden yang merupakan pasien pasca operasi dengan metode penarikan sample consecutive sampling. Hasil: penelitian diperoleh nilai Asymp.sig. (0,000) < 0,05. Pada



kasus yang diambil oleh peneliti telah memunculkan diagnosa nyeri akut dan salah satu Tindakan yang dilakukan adalah relaksasi genggam jari. Relaksasi genggam jari yang digunakan oleh peneliti memberikan pengaruh terhadap pasien pasca operasi dengan masalah nyeri.

