

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hernia

1. Definisi Hernia

Hernia adalah suatu penonjolan pada organ atau struktur melalui dinding otot perut. Hernia merupakan penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul atau pelvis, dada atau toraks) yang dilapisi selaput dinding perut (peritoneum) menonjol, melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus, atau organ perut lainnya (Rosdiana *et al.*, 2023).

Hernia *inguinalis* adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis.

2. Etiologi

Menurut (Batubara, 2017), Faktor yang mempengaruhi terjadinya hernia inguinalis antara lain :

a. Usia

Pada hernia inguinalis direk lebih sering pada laki-laki usia tua yang telah mengalami kelemahan pada otot dinding abdomen. Usia dewasa muda yang berkisar antara 20-40 tahun bisa terjadi peningkatan tekanan intraabdominal apabila pada usia ini melakukan kerja fisik yang berlangsung terus-menerus yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hernia inguinalis indirek.

b. Pekerjaan

Apabila terjadi pengejaman pada aktivitas fisik maka proses pernapasan terhenti sementara menyebabkan diafragma berkontraksi sehingga meningkatkan kedalaman rongga torak, pada saat bersamaan juga diafragma dan otot-otot dinding perut dapat meningkatkan tekanan intraabdomen sehingga terjadi dorongan isi perut dinding abdomen ke kanalis inguinalis.

c. Batuk Kronis

Apabila batuk berlangsung kronis maka terjadilah peningkatan tekanan intraabdominal yang dapat menyebabkan terbuka kembali kanalis inguinalis dan menimbulkan defek pada kanalis inguinalis sehingga timbulnya hernia inguinalis.

d. Obesitas

Pada orang yang obesitas terjadi kelemahan pada dinding abdomen yang disebabkan dorongan dari lemak pada jaringan adiposa di dinding rongga perut sehingga menimbulkan kelemahan jaringan rongga dinding perut dan terjadi defek pada kanalis inguinalis.

3. Manifestasi Klinis

Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha yang timbul pada waktu mengedan. Batuk atau mengangkat benda berat, dan menghilang waktu istirahat baring. Pada bayi dan anak-anak adanya benjolan yang hilang timbul di lipat paha biasanya diketahui oleh orang tua. Jika hernia terjadi pada anak atau bayi, gejalanya terlihat anak sering gelisah, banyak menangis, dan kadang-kadang perut kembung, harus dipikirkan kemungkinan terjadi hernia strangulata. Pada inspeksi diperhatikan keadaan asimetri pada kedua sisi lipat paha, skrotum atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan asimetri dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, di raba konsistensinya dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan tereposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak. Cincin hernia dapat diraba, dan berupa anulus inguinalis yang melebar (Subarjo, 2022). Tanda dan gejala menurut Adi dan Wulandari (2022) 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

4. Patofisiologi

Penyebab terjadinya hernia karena adanya kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen, kegemukan, dan mengangkat beban yang terlalu berat sehingga terjadi peningkatan tekanan intra abdomen. Tekanan intraabdominal meningkat yang menyebabkan isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali dan terjadilah penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung, muntah, konstipasi. Bila inkarsera dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses local, peritonitis (Zahro, 2021).

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

tekanan, spasme otot atau hematoma. Sehingga terjadi masalah nyeri akut dan resiko infeksi (Wulandari, 2022).

Prosedur bedah akan mengakibatkan terjadinya luka insisi yang biasanya dapat menimbulkan kerusakan integritas kulit yang dapat membuat tidak nyaman sehingga mengurangi pergerakan dan resiko infeksi. Setelah dilakukan pembedahan klien akan mengalami kerusakan spasme otot akibat terputusnya jaringan saraf dan dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak serta menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga timbulah masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Nuari, 2021).

5. Penatalaksanaan Medis

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

a. Konservatif

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

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

2) Suntikan

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

3) Sabuk Hernia

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

b. Operasi

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

- 1) *Herniotomy*, Memotong kantong Hernia serta mengembalikan isi Hernia ke kavum abdominalis.
- 2) *Hemioraphy*, Mulai dari mengangkat leher Hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas musculus obliquus Intra abdominalis dan musculus transversus abdominal yang beresiko di tuberculum pubicum.
- 3) *Hernioplasty*, Menjahitkan conjoint tendon pada ligamentum inguinale agar LMR hilang/tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot.

c. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi dimulai dengan pemberian antacid (Mylanta, Maalox, Gaviscon). Bila manifestasi berat dan menetap, klien

diberikan antagonis reseptor histamine seperti ranitidine (Zantac) atau famotidin (Pepcid). Obat-obatan lain, Bethanchol (Urecholine) adalah obat koligernik yang meningkatkan sekresi asam lambung (harus diberikan sebelum makan). Metoklopramid (raglan) yang meningkatkan tekanan SEB dengan merangsang otot polos saluran gastrointestinal dan meningkatkan kecepatan pengosongan lambung.

B. Konsep Nyeri Akut

1. Pengertian

Menurut *The International Association For Study of Pain* (IASP), nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensoris dan emosional tidak menyenangkan yang bersifat subyektif terkait dengan kerusakan jaringan atau potensial yang dirasakan pada kejadian dimana terjadi nya kerusakan jaringan (Zuhair, 2021).

Nyeri menurut Kemenkes RI (2022) adalah mekanisme protektif untuk menimbulkan kesadaran terhadap kenyataan bahwa sedang atau akan terjadi kerusakan jaringan. Nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian kejadian yang dilukiskan dengan istilah kerusakan yang akan memperlambat proses penyembuhan luka pasca pembedahan

2. Penyebab

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), penyebab nyeri diantaranya yaitu sebagai berikut:

- a. Nyeri akut
 - a) Agen pencedera fisiologis (infamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera fisik kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
 - c) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)
- b. Nyeri kronis

- a) Gangguan fungsi metabolic
 - b) Gangguan imunitas (neuropati terkait HIV, virus Varicella zoster)
 - c) Infiltrasi tumor
 - d) Kerusakan sistem saraf
 - e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
 - f) Kondisi muskuloskeletal kronis
 - g) Kondisi pasca trauma
 - h) Penekanan saraf
 - i) Peningkatan indeks massa tubuh
 - j) Riwayat penganiayaan (fisik, psikologis, seksual)
 - k) Riwayat penyalahgunaan obat/zat
 - l) Riwayat posisi kerja statis
 - m) Tekanan emosional
3. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda gejala pada nyeri akut diantaranya :

Table 1. Tanda dan Gejala Nyeri

Jenis Nyeri	Tanda dan Gejala	
	Major	Minor
a) Nyeri akut	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p>Subjektif:</p> <p>-</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis
b) Nyeri kronis	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) 	<p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa mengalami takut cedera

<p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas 	<p>berulang</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif (posisi menghinari nyeri) 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

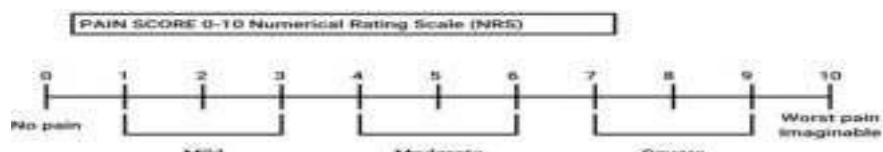
4. Pengukuran Skala Nyeri

Menurut (Rosida, 2020), pengukuran skala nyeri terdiri dari:

1) *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numerical Rating Scale digunakan sebagai alat pendeskripsi kata.

Skala yang paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik. Sebelum melakukan tindakan terhadap pasien, terlebih dahulu ukur skala nyeri. Salah satu pengkajian nyeri oleh perawat dapat menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)*. NRS adalah Peringkat skala Likert berdasarkan tanggapan pasien. NRS adalah garis horizontal di mana skala dapat dihitung dari 0-10. Metode penilaian NRS memiliki kemampuan deteksi yang handal perubahan. Perubahan yang terjadi dapat dilakukan dengan menganalisis kondisi pasien. Saat menilai rasa sakit, perawat akan meminta pasien untuk memilih nomor 1-10, dengan penjelasan, the angka 0 artinya tidak nyeri, angka 1-3 nyeri ringan, nyeri 4-6 nyeri sedang, dan 7-10 sakit parah.



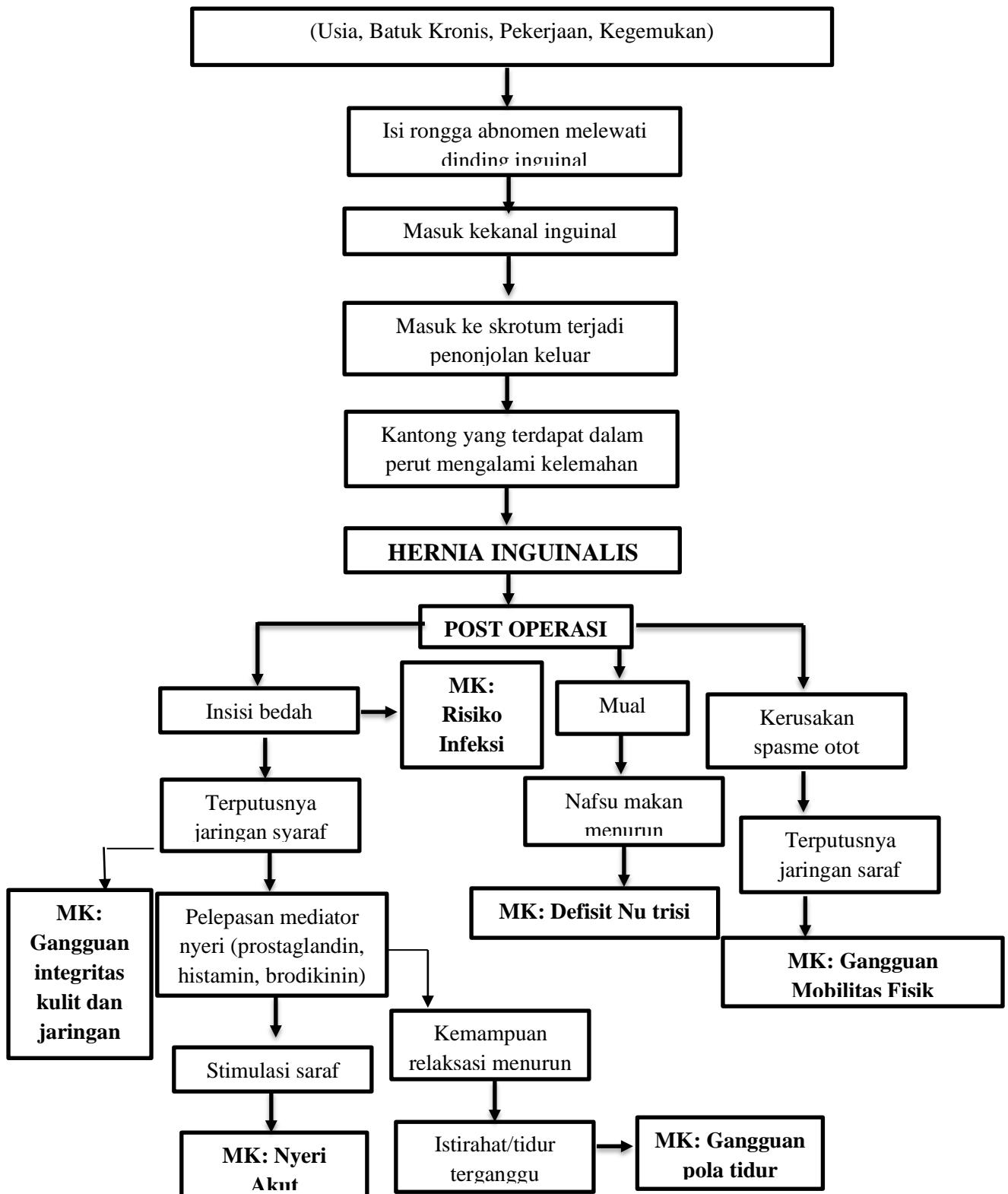
2) Skala wajah atau *Wong-Baker FACES*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut

menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka.



4. Pathways



Bagan 2 1 Pathways Hernia

5. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Penanganan Post operasi

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

C. Konsep Teknik Relaksasi Genggam Jari

1. Definisi

Teknik relaksasi genggam jari merupakan metode relaksasi non farmakologis yang dapat menurunkan rasa nyeri dan rasa ketidaknyamanan. Teknik relaksasi genggam jari dapat membantu tubuh, pikiran, dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Astutik *et al*, 2017).

2. Mekanisme

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebrum dihambat atau dikurangi akibat counter stimulasi relaksasi dan menggenggam jari, sehingga intensitas nyeri akan berubah atau mengalami modulasi akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang lebih dahulu dan lebih banyak mencapai otak (Astutik *et al*, 2017).

Relaksasi genggam jari dapat membantu mengendalikan dan mengembalikan emosi, ketenangan dalam diri individu disebabkan oleh relaksasi yang dapat membangun pikiran positif. Pikiran tersebut yang dapat menstimulasi otak untuk menghasilkan hormon endorfin dan menurunkan hormon kortisol. Terapi genggam jari akan menstimulasi pengeluaran hormone melatonin dan memproduksi zat β endorphin dan encephalin, keduanya mampu membuat tubuh menjadi rileks, tenang, rasa nyeri berkurang dan menimbulkan perasaan senang (Rahmah, 2021).

3. Manfaat

Menurut (Astutik *et al*, 2017) adapun manfaat teknik relaksasi genggam jari yaitu :

- a) Memberikan rasa damai, fokus dan nyaman.
- b) Memperbaiki aspek emosi.
- c) Menurunkan kecemasan dan depresi.
- d) Menurunkan rasa nyeri.

4. Prosedur penatalaksanaan teknik relaksasi genggam jari

1. Menjaga privasi pasien
2. Mencuci tangan
3. Memakai handscoen
4. Posisikan pasien dengan berbaring/duduk ditempat tidur, meminta pasien untuk mengatur nafas dan merilekskan semua otot
5. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut
6. Pasien diminta untuk mengatur nafas dengan hitungan teratur
7. Genggam ibu jari kurang lebih 3-5 menit dengan bernafas secara teratur, kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama



8. Rapikan pasien
9. Buka handscoen dan mencuci tangan

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

a. Data Umum

Identitas klien (nama, umur, agama, tempat tinggal, status pendidikan, dll) dan penanggung jawab klien

b. Keluhan Utama

Pada anamnesis keluhan utama yang lazim di dapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sebelum pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien, dapat digunakan metode PQRST.

1) *Provoking Incident (P)*. Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan.

2) *Quality of Pain (Q)*. Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien.

3) *Region (R)* , *Radiation* dan *Relief Area* yang dirasakan nyeri pada klien. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

4) *Severity (Scale) of Pain (S)*. Biasanya klien Hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5/7 dari skala pengukuran 1-10.

5) *Time (T)*. Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, dan nyeri di daerah sekitar paha dalam maupun testis, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta kelelahan pasca nyeri sering di dapatkan.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

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

e. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola nutrisi dan cairan

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

2) Pola aktivitas

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

f. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : yang sering muncul adalah kelemahan fisik

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

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

d) Kepala Rambut : termasuk kuantitas, penyebaran dan tekstur rambut. Kulit kepala : termasuk benjolan atau lesi. Wajah : pucat dan wajah tampak berkerut menahan nyeri

e) Mata

Mata tampak cekung (kekurangan cairan), sclera ikterik, konjungtiva merah muda. Pupil : miosis, midrosis, atau anisokor

f) Telinga Daun telinga masih simetris kanan dan kiri. Gendang telinga tidak tertutup. Serumen bewarna putih keabuan dan masih dapat bervibrasi dengan baik apabila tidak mengalami

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

- g) Hidung Tidak terjadi pembesaran polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi skunder seperti influenza
- h) Mulut dan faring Bibir : sianosis, pucat (biasanya penderita hernia mengalami mual muntah karena adanya tekanan intra abdomen). Mukosa oral : lembab atau kering. Langit- langit mulut : terdapat bercak keputihan karena pasien mengalami penurunan kemampuan personal hygiene akibat kelemahan fisik.
 - 1) Thoraks dan Paru Frekuensi pernafasan yang terjadi pada penderita hernia biasanya dalam batas normal (16-20 kali permenit). Dengarkan pernafasan pasien apabila terdengar stridor pada obstruksi jalan nafas, mengi apabila penderita sekaligus mempunyai riwaat asma atau bronchitis kronik
 - 2) Dada
 - Inspeksi : dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retruksi inspirasi abdomen.
 - Palpasi : adanya nyeri tekan atau tidak.
 - Perkusi : dalam batas normal, pekak terjadi apabila cairan atau jaringan padat mengantikan 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)
 - 3) Abdomen Pemeriksaan fisik pada hernia inguinal lateralis fokus pada pemeriksaan abdomen. Yang di dapatkan :
 - Inspeksi : Terlihat benjolan di region inguinalis yang berjalan dari lateral ke medial, tonjolan berbentuk lonjong.
 - Palpasi : Kantong hernia yang kosong kadang dapat diraba pada fenikulus spermatikus sebagai gesekan dua permukaan sutera, tanda ini disebut sarung tanda sarung tangan sutera. Kantong hernia yang berisi mungkin teraba usus,

omentum (seperti karet), atau ovarium. Dalam hal ini hernia dapat direposisi pada waktu jari masih berada dalam annulus eksternus, pasien mulai mengejan kalau hernia menyentuh ibu jari berarti hernia inguinalis lateralis.

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

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

g. Integumen

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

h. Genitalia

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

i. Ekstermitas

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

Kekuatan otot :

0 : lumpuh

1 : ada kontraksi

2 : melawan gravitasi dengan sokongan

3 : melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan

4 : melawan gravitasi dengan tahanan sedikit

5 : melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data dapat muncul diagnosa keperawatan berdasarkan buku SDKI (T. P. S. PPNI, 2017) adalah sebagai berikut :

1) Nyeri Akut (D.0077)

a) Pengertian

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Etiologi

- (1) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c) Manifestasi klinis

(1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- (a) Mengeluh nyeri

Obyektif :

- (a) Tampak meringis
- (b) Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)
- (c) Gelisah
- (d) Frekuensi nadi meningkat
- (e) Sulit Tidur

(2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : Tidak tersedia

Obyektif :

- (a) Tekanan Darah meningkat
- (b) Pola napas berubah
- (c) Nafsu makan berubah
- (d) Proses berpikir terganggu
- (e) Menarik diri
- (f) Berfokus pada diri sendiri
- (g) Diaphoresis

2) Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan (D.0129)

a) Pengertian

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament)

b) Etiologi

- (1) Perubahan sirkulasi
- (2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- (3) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- (4) Penurunan mobilitas
- (5) Bahan kimia iritatif
- (6) Suhu lingkungan yang ekstrim
- (7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- (8) Efek samping terapi radiasi
- (9) Kelembaban

c. Manifestasi klinis

(1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : (*Tidak tersedia*)

Obyektif :

- (a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

(2) Gejala dan tanda minor

Subjektif : (*Tidak tersedia*)

Obyektif :

- (a) Nyeri
- (b) Perdarahan
- (c) Kemerahan
- (d) Hematoma

3) Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)

a) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

b) Etiologi

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Efek agen farmakologis
- (11) Program pembatasan gerak
- (12) Nyeri
- (13) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (14) Kecemasan

c) Manifestasi klinis

(1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- (a) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Obyektif :

- (a) Kekuatan otot menurun
- (b) Rentang gerak (ROM) menurun

(2) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- (a) Nyeri saat bergerak
- (b) Enggan melakukan pergerakan
- (c) Merasa cemas saat bergerak

Obyektif :

- (a) Sendi kaku
- (b) Gerakan tidak terkoordinasi
- (c) Gerakan terbatas
- (d) Fisik lemah

4) Risiko Infeksi (D. 0142)

a) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b) Faktor Risiko

(1) Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).

(2) Efek prosedur invasi.

(3) Malnutrisi.

(4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

(5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

(a) Gangguan peristaltik,

(b) Kerusakan integritas kulit,

(c) Perubahan sekresi pH,

(d) Penurunan kerja siliaris,

(e) Ketuban pecah lama,

(f) Ketuban pecah sebelum waktunya,

(g) Merokok,

(h) statis cairan tubuh.

(6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

(a) Penurunan homolobin,

(b) Imununosupresi,

(c) Leukopenia,

(d) Supresi respon inflamasi,

(e) Vaksinasi tidak adekuat.

5) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

a) Pengertian

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

b) Etiologi

(1) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)

- (2) Kurang kontrol tidur
- (3) Kurang privasi
- (4) Restraint fisik
- (5) Ketiadaan teman tidur
- (6) Tidak familiar dengan peralatan tidur
- c) Manifestasi klinis
 - (1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif :
 - (a) Mengeluh sulit tidur
 - (b) Mengeluh sering terjaga
 - (c) Mengeluh tidak puas tidur
 - (d) Mengeluh pola tidur berubah
 - (e) Mengeluh istirahat tidak cukup
 - Obyektif : (*Tidak tersedia*)
 - (2) Gejala dan tanda minor
 - Subjektif :
 - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
 - Obyektif : (*Tidak tersedia*)
- 6) Defisit Nutrisi (D.0019)
 - a) Pengertian

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
 - b) Etiologi
 - (1) Ketidakmampuan menelan makanan
 - (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
 - (3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
 - (4) Peningkatan kebutuhan metabolism
 - (5) Factor ekonomi (mis. fisansial tidak mencukupi)
 - (6) Factor psikologi (mis. stress, keengganan untuk makan)
 - c) Manifestasi klinis
 - (1) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif : (*Tidak tersedia*)

Obyektif :

(a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

(2) Gejala dan tanda minor

Subjektif :

(a) Cepat kenyang setelah makan

(b) Kram/nyeri abdomen

(c) Nafsu makan menurun

Obyektif :

(a) Bising usus hiperaktif

(b) Otot penyunyah lemah

(c) Otot menelan lemah

(d) Membrane mukosa pucat

(e) Sariawan

(f) Serum albumin turun

(g) Rambut rontok berlebihan

(h) Diare

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan tersebut maka dapat diketahui bahwa SLKI dan SIKI dari masing-masing diagnosa adalah sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

Table 2. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun (5) Meringis menurun (5) Sikap protektif menurun (5) 	<p>SIKI: Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk

		<p>Kesulitan tidur menurun (5) Muntah menurun (5) Mual menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun <p>Indikator :</p> <p>Frekuensi nadi membaik (5) Pola nafas membaik (5) Tekanan darah membaik (5) Nafsu makan membaik (5) Pola tidur membaik (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membaiik 	<p>mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupressur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, teknik relaksasi genggam jari, terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 3. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan (D.0129)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Integritas kulit/jaringan (L. 14125)</p> <p>Ekspetasi : Meningkat</p> <p>Indikator :</p> <p>Kerusakan jaringan menurun (5) Kerusakan lapisan kulit menurun (5) Nyeri menurun (5) Kemerahan menurun (5) Hematoma menurun (5)</p> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun 	<p>SIKI: Perawatan luka (L.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka 3. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

		<p>Indikator : Suhu kulit membaik (5) Sensasi membaik (5) Tekstur membaik (5)</p> <p>Keterangan : 1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membai</p>	<p>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian antibiotic</p>
3.	Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Mobilitas Fisik (L.14137)</p> <p>Ekspektasi : Meningkat</p> <p>Indikator : Pergerakan ekstremitas meningkat (5) Kekuatan otot meningkat (5) Rentang gerak (ROM) meningkat (5)</p> <p>Keterangan : 1) Menurun 2) Cukup menurun 3) Sedang 4) Cukup meningkat 5) Meningkat</p> <p>Indikator : Nyeri menurun (5) Gerakan terbatas menurun (5) Kaku sendi menurun (5) Kelemahan fisik menurun (5)</p> <p>Keterangan : 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun</p>	<p>SIKI: Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan gerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan gerakan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
4.	Risiko Infeksi (D. 0142)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil :</p>	<p>SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala

		<p>SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Ekspektasi : Menurun</p> <p>Indikator : Demam menurun (5) Kemerahan menurun (5) Nyeri menurun (5) Bengkak menurun (5)</p> <p>Keterangan : 1) Meningkat 2) Cukup meningkat 3) Sedang 4) Cukup menurun 5) Menurun</p> <p>Indicator : Kadar sel darah putih membaik (5)</p> <p>Keterangan : 1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membai</p>	<p>infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi 4. Memberikan perawatan kolostomi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi: Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>bila perlu</i></p>
5.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	<p>Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI: Pola Tidur (L.08066)</p> <p>Kriteria hasil : Membai</p> <p>Indikator : Keluhan sulit tidur meningkat (5) Keluhan sering terjaga meningkat (5) Keluhan tidak puas tidur meningkat (5) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)</p> <p>Keterangan : 1) Menurun 2) Cukup menurun 3) Sedang 4) Cukup meningkat 5) Meningkat</p>	<p>SIKI : Dukungan Tidur (I.09265)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur

		<p>4. Tetapkan Jadwal tidur rutin</p> <p>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p>
6. Defisit Nutrisi (D.0019)	<p>Setelah di berikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Indikator :</p> <p>Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5)</p> <p>Kekuatan otot mengunyah meningkat (5)</p> <p>Kekuatan otot menelan meningkat (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1) Menurun</p> <p>2) Cukup menurun</p> <p>3) Sedang</p> <p>4) Cukup meningkat</p>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya <p>Manajemen Nutrisi (I. 03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan posisi duduk, jika

<p>5) Meningkat</p> <p>Indikator :</p> <p>Berat badan membaik (5) Frekuensi makan membaik (5) Nafsu makan membaik (5)</p> <p>Keterangan :</p> <p>1) Memburuk 2) Cukup memburuk 3) Sedang 4) Cukup membaik 5) Membaiik</p>	<p>mampu</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>3. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien sesuai dengan inervensi keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga kebutuhan pasien tersebut dapat terpenuhi (Aisy, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu melakukan penilaian ulang kepada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan atau telah diberikan tindakan yang sudah diimplementasikan. Evaluasi bertujuan untuk mengetahui sudah tercapai atau belum tujuan keperawatannya atau kriteria hasilnya sudah terpenuhi atau belum. Evaluasi keperawatan juga bertujuan untuk mengetahui masalah kebutuhan pasien sudah terpenuhi atau belum dan untuk menentukan tindakan apa selanjutnya yang harus dilakukan (Aisy, 2020).

E. Evidence Based Practice (EBP)

Table 3. Evidence Based Practice (EBP)

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
(Wahyu Widodo, 2022)	Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan Genggam Jari pada Klien Post Herniraphy dengan Nyeri Akut di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.	1) Metode penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan rancangan studi	Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa Hasil evaluasi selama 3 hari pada klien

		<p>2) Subjek menggunakan dua responden yang mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut.</p> <p>3) Instrument yang digunakan dalam penelitian adalah SOP relaksasi genggam jari dan alat ukur nyeri menggunakan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS)</p> <p>4) Kriteria inklusi : pasien dengan hernia, pasien dengan keluhan nyeri <i>post op hernioraphy</i>.</p>	<p>setelah pemberian teknik nafas dalam menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri. Dibuktikan dengan Tn. S yang semula memiliki skala nyeri 6 berkurang menjadi skala 1 dan Tn. M yang awalnya memiliki skala nyeri 6 berkurang menjadi skala 2.</p>
(Irawan et al., 2022)	Implementasi Relaksasi Genggam Jari pada Pasien Post Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra dengan Masalah Gangguan Nyeri dan Ketidaknyamanan	<p>1) Metode penelitian yang digunakan dalam penulisan ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus.</p> <p>2) Subjek studi kasus berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan nyeri <i>post Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra (HILS)</i> di RSUD Ajibarang.</p> <p>3) Alat pengumpul data menggunakan format penilaian pelaksanaan asuhan pada pasien post operasi yang mengalami masalah nyeri dan</p>	<p>Evaluasi yang dilakukan oleh penulis didapatkan hasil masalah yang terjadi pada klien dapat teratasi pada hari ke-3 dan yang ditandai dengan TD 140/85 mmHg; N 86 x/menit; dan RR 20 x/menit, pasien terlihat lebih rileks dan skala nyeri menjadi 3.</p>

		<p>kenyamanan. Peneliti juga menggunakan lembar observasi yang mencatat hasil pelaksanaan orang yang diwawancara.</p>	
(Theresia, 2024)	<p>Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari terhadap Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruang Bedah RSUD Jenderal Ahmad yani Metro</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus (case study). 2) Subjek yang digunakan sebanyak 2 (dua) orang post operasi dengan masalah keperawatan nyeri. 3) Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif. 	<p>Berdasarkan hasil penelitian, skala nyeri pada responden I (Tn. K) sebelum penerapan genggam jari yaitu nyeri berat (7) selanjutnya skala nyeri hari kedua dan hari ketiga responden mengalami penurunan skala nyeri sedang yaitu 6 dan 5. Skala nyeri responden II (Tn. M) sebelum penerapan genggam jari selama 3 hari responden tidak terjadi perubahan nyeri yaitu skala nyeri sedang (6,5 dan 4). Berdasarkan hasil pengukuran skala nyeri pada pasien post operasi sebelum dan setelah penerapan genggam jari diatas, terjadi penurunan skala nyeri.</p>