

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP MEDIS**

##### **1. Pengertian**

Hernia merupakan proskusi atau penonjolan isi suatu rongga dari berbagai organ internal melalui pembukaan abnormal atau kelemahan pada otot yang mengelilinginya dan kelemahan pada jaringan ikat suatu organ tersebut (Sabiston, 2010 dalam Wahyuningsih et al., 2021). Hernia merupakan penonjolan pada lemak area peritoneum yang berbentuk kantong, cincin serta isi (Saputra, 2023). Hernia inguinalis adalah masuknya lemak atau bagian usus halus ke titik lemah di dinding perut bagian bawah (Aji, 2022).

Hernia inguinalis adalah kondisi prostrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Materi yang masuk lebih sering adalah usus halus, tetapi bisa juga merupakan suatu jaringan lemak atau omentum (Amrizal, 2015).

##### **2. Etiologi**

Menurut (Saputra, 2023) etiologi hernia sebagai berikut :

###### **a. Mengangkat beban berat**

Penekanan pada dinding abdomen akan dapat mengakibatkan penipisan dan kelemahan pada otot serta dinding abdominal. Akibat yang paling berbahaya dari penipisan ini adalah terganggunya sirkulasi yang lambat laun dapat menimbulkan gangrene.

b. Defekasi atau sembelit kronis

Adapun defekasi atau sembelit dapat memicu peningkatan intensitas dalam mengejan, belum lagi jika disertai batyk rejan yang keras akan dapat mendorong satu organ kedalam lubang hernia.

c. Batuk kronis

Batuk jenis ini sering dijumpai pada orang dengan jenis penyakit TBC, dengan kecenderungan tinggi dan perokok aktif. Dampak dari tekanan batuk biasanya akan menimbulkan nyeri yang sangat dalam. Jika sampai pada dampak ini makan tindakan yang dapat diberikan tidak lain adalah dengan operasi.

d. Mengejan keras saat proses miksi

e. Faktor kongenital (kehamilan)

Kehamilan dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra abdomen, apalagi saat kehamilan memasuki bulan kedelapan. Proses obliterasi dan lokus intrabdomen dapat mengalami

peningkatan sehingga terjadi hernia inguinalis pada bagian lateralis acuisita.

### 3. Manifestasi klinis

Menurut Aji, (2022) Manifestasi klinis pada hernia inguinalis dapat ditemukan antara lain:

- a. Scrotum membesar
- b. Bengkak diselakangan

Komplikasi hernia inguinalis adalah hernia incacerta. Pada hernia incacerta ditemukan tanda/gejala:

- a. Mual dan muntah
- b. Perut kembung
- c. Nyeri dan kemerahan pada area yang menonjol
- d. Demam

### 4. Patofisiologi

Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 dari kehamilan, terjadinya desensus testikulorum melalui kanalis inguinalis. Penurunan testis itu akan menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi tonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonea. Bila bayi lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi, sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut.

Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup, karena testis yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka. Dalam keadaan normal, kanal yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila proses terbuka sebagian, maka akan timbul hidrokel. Bila kanal terbuka terus, karena proses tidak berobliterasi maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena lanjut usia, karena pada umur yang tua otot dinding rongga perut dapat melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup, namun karena daerah ini merupakan lokus minoris resistansi, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti, batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat barangbarang berat dan mengejan, maka kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut. Akhirnya menekan dinding rongga yang telah melemas akibat trauma, hipertropi prostat, asites, kehamilan, obesitas, dan kelainan kongenital (Amrizal, 2015).

## 5. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan hernia adalah sebelum dilakukannya operasi elektif, terlebih dahulu dilakukan pemberian terapi intravena, dan perlu dilakukan koreksi jika perl. Untuk memonitoring kebutuhan terhadap cairan maka dilakukan monitoring urine output yang dapat dilaksanakan tiap jam (Doughty, 1928 dalam Saputra, 2023).

Sedangkan untuk dekompresi terhadap obstruksi perlu dilakukan pemasangan NGT. Selain itu tindakan operatif, tindakan konservatif yang dapat dilakukan adalah reposisi pasien secara hati-hati dan lembut. Hal ini hanya dapat dilakukan pada hernia jenis reponbilis dengan kedua tangan. Alternative lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan penggunaan penyangga atau pemakaian sabuk pada jenis hernia. Hal ini ditunjukkan untuk menahna hernia yang telah direposisi selanjutnya yang diperlukan adalah tindakan operatif herniatomi serta hernioplasti (Mutaqqin and Sari, 2011 dalam Saputra, 2023).

## 6. Relakssai Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari merupakan salah satu teknik relaksasi yang menggunakan jari tangan yang membuat responden mengalami penurunan nyeri sesudah teknik relaksasi

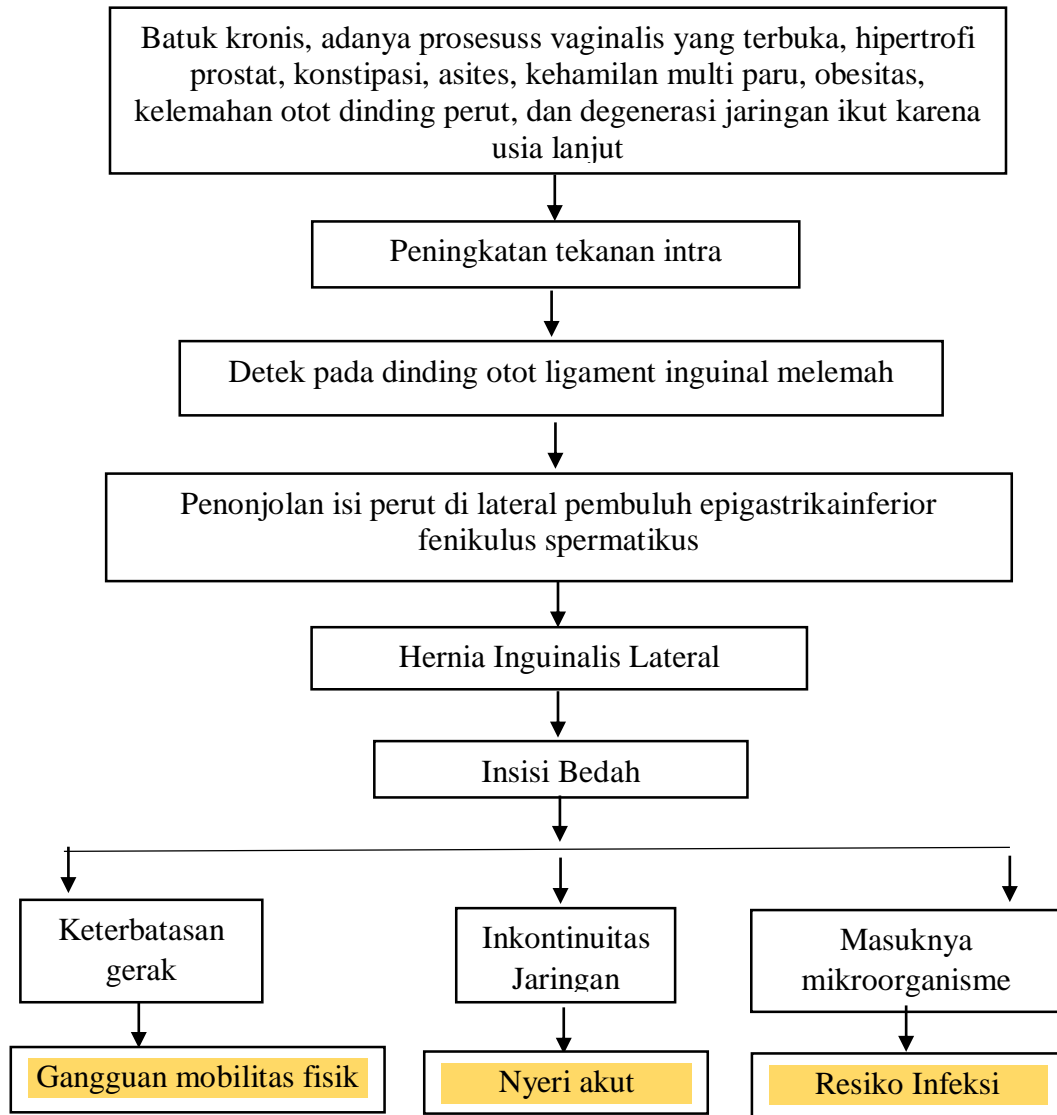
genggam jari karena teknik ini memberikan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri, sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan. Relaksasi genggam jari terbukti lebih efektif menjadi terapi kombinasi bersama terapi analgesik jika dibandingkan hanya terapi analgesik sebagai terapi tunggal menurunkan nyeri (Pinandita 2012 dalam Hasaini, 2020).

Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan dijalur energi menjadi lancar (Puwahang, 2011 dalam Sugiyanto, 2020).

## B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

### 1. Pathways

Skema 2. 1 Pathways



Sumber : Hamriani, (2020)

## 2. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan yang pertama dan utama yang juga bisa dikatakan menjadi bagian yang menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan. Kriteria dalam pengkajian harus mencakup tersedianya format pengkajian dan data harus valid dan akurat (Wedho, *et al.*, 2015 dalam Silla, 2019). Pengkajian ini bisa berisi tentang data subjektif dan objektif dari pasien seperti pemeriksaan tanda-tanda vital, wawancara pada pasien atau keluarga, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian bisa didapatkan berdasarkan pada teori keperawatan yang dikembangkan oleh Callisa Roy, Wanda Horta, Dorothea Orem, atau para kerangka pengkajian standar seperti pola Kesehatan Fungsional menurut Marjory Gordon.

Menurut Pranata, *et al* (2014), (dalam Widiana, 2021) pengkajian utama yang bisa dilakukan yaitu :

### a. Biodata atau identitas diri

Pada data yang didapatkan, presentase laki-laki jauh lebih banyak dan lebih tinggi mengalami Hernia dibandingkan pasien perempuan.

### b. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien Hernia dan harus segera ditangani. Keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien Hernia ini biasanya adalah nyeri.



c. Riwayat penyakit (sekarang, dahulu dan keluarga)

Melihat dan menanyakan tentang riwayat penyakit dari pasien yang pernah dialami seperti asam urat, kolesterol tinggi, kadar kalsium tinggi dalam darah dan lain-lain.

d. Pola psikososial

Pola psikososial ini tidak begitu berpengaruh terhadap pasien Hernia, namun akan berdampak kepada fokus pasien yang akan merasakan tidak nyaman dengan nyeri yang dirasakan sehingga akan berfokus hanya pada sakit dan dirinya sendiri.

e. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Pola aktivitas harian pasien Hernia akan terganggu karena rasa nyeri yang dialami dan dirasakan. Pemenuhan kebutuhan cairan juga bisa saja terganggu karena pasien akan berfikir kalau memperbanyak konsumsi cairan maka akan semakin banyak pulaproduksi urine yang harus dikeluarkan dan akan menimbulkan rasa nyeri yang sama.

f. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik ini akan dilakukan pemeriksaan tanda- tanda vital pasien dan juga mengobservasinya. Pemeriksaat *head to toe* juga dilakukan untuk mengetahui apakah ada masalah atau gangguan lainnya selain Hernia ini.

g. Pola eliminasi

Pola eliminasi pasien akan mengalami masalah, bisa penurunan haluaran urin, kandung kemih keruh, dan bisa dirasakan nyeri yang hebat.

3. Diagnosa Keperawatan (berdasarkan diagnosa keperawatan/ SDKI) :

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Dinarti & Mulyanti, 2017).

**a. Nyeri Akut (D.0077)**

1) Pengertian

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

2) Etiologi

a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia,

neoplasma)

b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

### 3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

(1) Tampak meringis

(2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

### 4) Gejala

Objektif

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) Diaforesis

5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

**b) Risiko Infeksi (D.0142)**

1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2) Etiologi

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes mellitus)
- b) Efek prosedur invasi
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
  - (1) Gangguan peristaltic
  - (2) Kerusakan integritas kulit
  - (3) Perubahan sekresi pH
  - (4) Penurunan kerja siliaris
  - (5) Ketuban pecah lama
  - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - (7) Merokok

(8) Statis cairan tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

- (1) Penurunan hemoglobin
- (2) Imunosupresi
- (3) Leukopenia
- (4) Supresi respon inflamasi
- (5) Vaksinasi tidak adekuat

3) Manifestasi klinis

Tidak tersedia

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif
- d) Diabetes mellitus
- e) Tindakan invasi
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) *Lymphedema*
- m) Leukositopenia

n) Gangguan fungsi hati

**c) Gangguan mobilitas fisik**

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstrimitas secara mandiri

2) Etiologi

a) Kerusakan integritas struktur tulang

b) Perubahan metabolisme

c) Ketidakbugaran fisik

d) Penurunan kendali otot

e) Penurunan massa otot

f) Penurunan kekuatan otot

g) Keterlambatan perkembangan

h) Kekakuan sendi

i) Kontraktur

j) Malnutrisi

k) Gangguan muskuloskeletal

l) Gangguan neuromuskular

m) Indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia

n) Efek agen farmakologis

o) Program pembatasan gerak

p) Nyeri

q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- (1) Kekuatan otot menurun
- (2) Rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- (1) Sendi kaku
- (2) Gerakan tidak terkoordinasi
- (3) Gerakan terbatas
- (4) Fisik lemah

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

#### 4. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus mampu berpikir kritis dalam merumuskan dan menentukan rencana keperawatan yang nantinya akan diberikan kepada pasien. Rencana keperawatan ini tertulis untuk digunakan sebagai kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997 dalam Silla, 2019). Dalam intervensi ini terdapat intervensi independen dan ada juga intervensi kolaboratif. Intervensi independen merupakan intervensi yang dilakukan oleh perawat secara mandiri tanpa bantuan dari tenaga kesehatan lain. Intervensi kolaboratif merupakan intervensi yang dilakukan dengan bantuan dari tenaga kesehatanlain seperti dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan lain-lain.

##### **a. Nyeri akut (D.0077)**

##### **SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)**

##### 1) Definisi



Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 1 SLKI Tingkat Nyeri

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

**SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)**

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

2) Tindakan

a) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b) Terapeutik

- (1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis

akupresur, terapi musik, *biofeedback*, aromaterapi, terpai pijat, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)

- (2) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) Edukasi

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasikan dengan pemberian analgetik, jika perlu.

**b. Risiko Infeksi (D.0142)**

**SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)**

1) Definisi

Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

2) Ekspetasi : Menurun

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 2 SLKI Tingkat Infeksi

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kebersihan badan	1	2	3	4	5
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5

### SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)

#### 1) Definisi

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

#### 2) Tindakan

##### a) Observasi

(1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

##### b) Terapeutik

(1) Batasi jumlah pengunjung

(2) Berikan perawatan kulit pada area edema

(3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak

dengan pasien dan lingkungan pasien

##### c) Edukasi

- (1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- (2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- (3) Ajarkan etika batuk
- (4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- (5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- (6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

**c. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)**

**SLKI: Mobilitas Fisik (L.05042)**

1. Definisi

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2. Ekspetasi : Meningkatkan

3. Kriteria hasil :

Tabel 2. 3 SLKI Mobilitas Fisik

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkatkan	Meningkat
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

**SIKI : Dukungan Mobilisasi (L.05173)**

1. Definisi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik

## 2. Tindakan

### a) Observasi

- (1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- (3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- (4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

### b) Terapeutik

- (1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- (2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

### c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- (3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di

sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

## 5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri non farmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh pasien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang bertujuan untuk melepaskan ketegangan pada otot dan mengurangi emosional. Teknik nafas dalam ini dapat mengurangi nyeri menuju saraf bebas

sehingga dapat mengurangi persepsi nyeri (Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

## 6. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian



(perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

### ***C. EVIDENCE BASED PRACTICE (EBP)***

1. Tyas, (2020) Dengan judul penelitian “Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea”, Menggunakan metode Jenis penelitian kuantitatif sedangkan desain yang digunakan adalah penelitian quasi experimental dengan rancangan Two group pretest-posttest design, pengambilan sampel di lakukan dengan teknik Purposif Sampling dengan jumlah sampel 20 perlakuan dan 20 responden non-perlakuan. Alat pengumpulan data di lakukan dengan menggunakan lembar observasi yang di isi oleh peneliti, dan pengolahan data dilakukan secara sistem komputerisasi. Hasil dari penelitian yaitu Adanya pengaruh teknik relaksasi genggam jari dengan penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di ruang rawatan kebidanan RSUD

Pariaman ( $p \text{ value} = 0.000 < 0.05$ ). 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 efek kepada pasien dengan nyeri akut tingkat intensitas nyeri berat, nyeri setelahnya diketahui bahwa sebagian besar dari responden memiliki intensitas nyeri sedang, sebagian besar dari responden memiliki tingkat intensitas nyeri berat.

2. Sugiyanto, (2020) Dengan judul “Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Melalui Teknik Relaksasi Genggam Jari Di Rsud Sawerigading Palopo”, 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.
3. Hasaini, (2020) Dengan judul “Efektifitas Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op Appendiktomi Di Ruang Bedah (Al-Muizz) RSUD Ratu Zalecha Martapura Tahun 2019”, Penelitian ini menggunakan metode Jenis desain penelitian adalah

metode eksperimental dengan rancangan one-group pre-post test design. Populasi adalah seluruh klien yang terdiagnosa Post Op Appendectomy dan sampel sebanyak 15 orang responden dengan simple random sampling. Instrument menggunakan lembar observasi dan dianalisis bivariat dengan Wilcoxon. Hasil dari penelitian ini yaitu Ada efek relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op appendektomy di Ruang Bedah (Al-Muizz) RSUD Ratu Zalecha Martapura  $p=0,000$  ( $p < 0,05$ ).